



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - POSGRAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PROSS

INEA REBECA MARQUES DOS REIS

OS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: um estudo
no Centro POP/ARACAJU

SÃO CRISTÓVÃO/SE
2018

INEA REBECA MARQUES DOS REIS

OS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: um estudo
no Centro POP/ARACAJU

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe (PROSS/UFS), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vânia Carvalho Santos.

SÃO CRISTÓVÃO/SE
2018

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

R375s Reis, Inea Rebeca Marques dos
Os serviços de saúde pela população em situação de rua : um estudo no Centro Pop/Aracaju / Inea Rebeca Marques dos Reis ; orientadora Vania Carvalho Santos. – São Cristóvão, 2018.
119 f. : il.

Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Sergipe, 2018.

1. Serviço social. 2. Pessoas desabrigadas. 3. Direito à saúde. 4. Saúde pública. 5. Assistência social. I. Santos, Vania Carvalho, orient. II. Título.


CDU 364.612:614(813.7)

INEA REBECA MARQUES DOS REIS

**OS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: um
estudo no Centro POP/ARACAJU**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe (PROSS/UFS), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Aprovado em: 23 / 08 / 2018 .



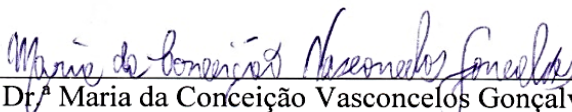
Prof.^a Dr.^a Vania Carvalho Santos
(Presidente – UFS)



Prof.^a Dr.^a Maria Cecília Tavares Leite
(1º Examinador – SEMED)



Prof.^a Dr.^a Vera Núbia Santos
(2º Examinador – UFS)



Prof.^a Dr.^a Maria da Conceição Vasconcelos Gonçalves
(Suplente – UFS)

SÃO CRISTÓVÃO/SE
2018

Dedico este trabalho às pessoas que estão em situação de rua, em especial aos sobreviventes e guerreiros de Aracaju, por me propiciarem a concretização do sonho de ser mestre e por me receberem com tanta receptividade, permitindo que eu adentrasse em suas vidas. Os sorrisos, abraços e a sinceridade no olhar estarão presentes sempre em meu coração. Obrigada!!!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de deixar gravado o quão esse momento é gratificante e significativo para mim, não só pelo fato de estar concluindo mais uma etapa da minha vida, mas principalmente por conseguir materializar o sonho de ser mestre.

Quero agradecer imensamente ao bom **Deus** e à **Virgem Maria**, que com sua infinita misericórdia sempre tomaram conta de mim e me mantiveram firme nas adversidades impostas pela vida.

Agradeço a minha mainha Maria Goretti, que me trouxe à vida e que com seu imenso amor cuida de mim, nunca me abandonando e nem me deixando esmorecer.

Sou imensamente grata ao meu noivo, companheiro, amigo, “co-orientador” e amor Lucas Nascimento, que com sua paciência e amorosidade me acolheu em seus braços com suas palavras de carinho e incentivo não permitindo que eu desistisse do Mestrado. Só ele sabe quantas vezes chorei e pensei que não conseguiria! Obrigada por acreditar em mim mesmo quando nem eu mesma acreditava!

Não poderia não deixar meus sinceros agradecimentos aos colegas da turma 2016.1, em especial às queridas Queila, Vívica e Jeruzia, que com suas amizades sempre fizeram do Mestrado um caminho mais leve, menos complicado de se percorrer.

Sou grata à professora Maria Cecília Leite, que apesar do seu trabalho e dia a dia corridos nunca deixou de me acompanhar e orientar com seus valiosos ensinamentos. Obrigada pela confiança. Sou grata!

Meus agradecimentos se dirigem também às professoras do PROSS/UFS pelo compartilhamento de conhecimentos e por enriquecerem meu aprendizado, e a Walter Luis, sempre me alegrando com seu sorriso e acalmando meu coração quanto aos prazos do Mestrado.

Agradeço ainda a CAPES e a FAPITEC, que facilitaram a execução desta pesquisa graças ao apoio financeiro da bolsa de pesquisa.

Por fim, mas não menos importante não poderei deixar de expressar minha imensa gratidão à equipe do Centro POP-Aracaju e principalmente às pessoas que se encontram em situação de rua. Se não fosse por eles nada disso teria se concretizado. Obrigada guerreiros e guerreiras!

“Eu sou forte, descendente do Adão e deixo marca pelo chão! Posso perder tudo, mas a fé não! Onde há fé, há esperança”.

Seu José¹

¹ Nome fictício representando a identidade de uma das pessoas entrevistadas neste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho propõe-se a discutir acerca da população em situação de rua no município de Aracaju/SE e como ela materializa seu direito à saúde. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória descritiva, apoiada na perspectiva histórico-dialética na medida em que busca compreender o fenômeno população em situação de rua em uma perspectiva de totalidade. O objetivo geral deste estudo foi analisar como este grupo social historicamente excluído materializa o seu direito à saúde. Para tanto, analisou-se a relação entre o processo de negação de direitos da população em situação de rua à dinâmica excludente do modo de produção capitalista. O estudo buscou ainda conhecer os aparatos legais que resguardam tal população nas políticas de saúde e assistência social através de um breve resgate histórico da constituição destas, além de discutir os mecanismos desenvolvidos pelo Estado na garantia de seus direitos. Nesta pesquisa é apontada também a importância do trabalho desenvolvido pelo Centro POP e da articulação com outras instituições através das ações em Rede, na perspectiva de construir novas trajetórias de vida para as pessoas que se encontram na rua. A construção de um perfil social e em saúde da população em situação de rua aracajuana também foi alvo deste trabalho. Para tanto, o público-alvo deste foi composto por 10 adultos, usuários do Centro POP-Aracaju que afirmaram estar em situação de rua à época da entrevista. Os resultados encontrados mostraram que a população em situação de rua que vive em Aracaju é preponderantemente negra, jovem, com baixa escolaridade, não originária de Sergipe, com frágeis vínculos afetivos e familiares, consequentes do uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, possuindo renda abaixo de um salário mínimo devido sua não inserção no mercado formal de trabalho. No que tange o acesso à saúde, foi evidenciado uma subutilização da Atenção Primária em Saúde como porta de entrada, conflitando com as orientações dadas pela PNAB. Instigar o debate e a produção científica sobre este assunto emerge como componente importante na tentativa de dar visibilidade à luta destes sujeitos.

Palavras-Chave: População em Situação de Rua; Direito à Saúde; Desigualdade social; Violação de direitos.

RESUMEN

El presente trabajo se propone discutir sobre la población en situación de calle en el distrito municipal de Aracaju/SE y como materializa su derecho a la salud. Es una investigación del tipo exploratorio descriptivo, apoyada en la perspectiva histórico-dialéctica en la medida en que busca comprender el fenómeno población en situación de calle desde una perspectiva de totalidad. El objetivo general de este estudio fue analizar como este grupo social históricamente excluido materializa su derecho a la salud. Para ello, se analizó la relación entre el proceso de negación de derechos de la población en situación de calle a la dinámica excluyente del modo de producción capitalista. El estudio buscó además conocer los aparatos legales que resguardan tal población en las políticas de salud y asistencia social a través de un breve rescate histórico de la constitución de éstos, además de hablar de los mecanismos desarrollados por el estado federal en la garantía de sus derechos. En esta investigación se apunta también la importancia del trabajo desarrollado por el Centro POP y de la articulación con otras instituciones a través de las acciones en Red, en la perspectiva de construir nuevas trayectorias de vida para las personas que se encuentran en la calle. La construcción de un perfil social y en salud de la población en situación de calle aracajuana también fue objeto de este trabajo. Para ello, el público objetivo de éste fue compuesto por 10 adultos, usuarios del Centro POP-Aracaju que afirmaron estar en situación de calle en la época de la entrevista. Los resultados encontrados mostraron que la población en situación de calle que vive en Aracaju es preponderantemente negra, joven, con baja escolaridad, no original de Sergipe, con frágiles vínculos afectivos y familiares consecuentes del uso abusivo de alcohol y / o otras drogas, poseyendo renta por debajo de un mínimo merecido debido a su no inserción en el mercado formal de trabajo. En lo que se refiere al acceso para la salud, se evidenció una infrautilización de la Atención Primaria en Salud como puerta de entrada, en conflicto con las orientaciones dadas por la PNAB. Instar a que el debate y la producción científica sobre este asunto aparecen como componente importante en el intento de dar visibilidad a la lucha de estos sujetos.

Palabras clave: Población en Situación de Calle; Derecho a la salud; Desigualdad social; Violación de derechos.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES – QUADROS

Quadro 1 – Síntese do Perfil Socioeconômico da População em Situação de Rua em Aracaju
..... 74

Quadro 2 - Síntese do Perfil da Condição de Rua da População em Situação de Rua em Aracaju
.....78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	– Agentes Comunitários de Saúde
CAPS	– Caixas de Aposentadoria e Pensão
CAPS	– Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	– Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Centro POP ou POP	– Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua
CF	– Constituição Federal
CNS	– Conferência Nacional de Saúde
CNT	– Conselho Nacional do Trabalho
eCR	– equipe de Consultório na Rua
eSF	– equipe de Saúde da Família
ESF	– Estratégia de Saúde da Família
IAPS	– Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	– Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social
LOPS	– Lei Orgânica da Previdência Social
MDS	– Ministério do Desenvolvimento Social
MNPSR	– Movimento Nacional da População em Situação de Rua
MPC	– Modo de produção capitalista
NASF	– Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	– Organização Mundial da Saúde
PACS	– Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PET-Saúde	– Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde
PNAB	– Política Nacional de Atenção Básica
PNAS	– Política Nacional de Assistência Social
PNISPSR	– Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua
PSB –	Proteção Social Básica
PSE –	Proteção Social Especial

PSF	– Programa de Saúde da Família
PSR	– População em situação de rua
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel às Urgências
SUAS	– Sistema Único de Assistência Social
SUDS	– Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	– Unidade Básica de Saúde
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento
USF	– Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
 2. IMPLICAÇÕES NA CONSTRUÇÃO DO LUGAR DETERMINADO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: particularidades da formação sócio histórica brasileira	24
2.1 A EXPLORAÇÃO DO TRABALHO NA DINÂMICA CAPITALISTA E SEUS REBATIMENTOS NA VIDA DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA	29
2.2 SUS, SUAS E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: uma articulação necessária.	35
2.2.1 Desmistificando o Conceito de Saúde	35
2.2.2 SUS e população em situação de rua: o protagonismo do território na Estratégia de Saúde da Família	45
2.2.3 Atenção Básica e a Rede de Atenção Psicossocial: a importância do Consultório na Rua	49
2.3 SUAS E OS INVISÍVEIS DA RUA: a construção dos primeiros aportes legais relacionados aos sujeitos em situação de rua na Assistência Social	53
 3. AS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO CENTRO POP E O PERFIL SOCIAL E EM SAÚDE DOS SUJEITOS EM SITUAÇÃO DE RUA ARACAJUANOS	62
3.1 O PERFIL SOCIOECONÔMICO DA PSR EM ARACAJU	67
3.1.1 Sexo e faixa etária	68
3.1.2 Naturalidade	69
3.1.3 Raça ou cor	69
3.1.4 Estado civil	70
3.1.5 Quantitativo de filhos	71
3.1.6 Formação escolar	71
3.1.7 Renda e atividade econômica	73
3.2 DADOS RELACIONADOS À CONDIÇÃO DE RUA	74
3.2.1 Tempo que vive na rua e motivos que o levaram a essa condição	75
3.2.2 Relações/Vínculos familiares	76
3.2.3 Documentos de identificação	77

3.2.4 Locais de dormida	77
3.3 DADOS RELACIONADOS À CONDIÇÃO DE SAÚDE	78
3.3.1 Higiene pessoal	79
3.3.2 Alimentação	79
3.3.3 Acesso à saúde	80
3.3.4 Principais enfermidades encontradas	83
3.3.5 Conceito de saúde segundo a PSR	87
 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	 91
 REFERÊNCIAS	 94
APÊNDICES	
ANEXO	

I. INTRODUÇÃO

A presente dissertação, desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe, visa abordar questões acerca do grupo social caracterizado como população em situação de rua (PSR) e sua relação com o acesso aos serviços de saúde no município de Aracaju/SE. Para isso, partiu-se de leitura reflexiva e crítica do arcabouço teórico relacionado à temática proposta como Londero, Ceccim e Bilibio (2014), Natalino (2016), Santana e Rosa (2016), Souza (2016), dentre outros.

A necessidade de discutir sobre essa temática partiu ainda na graduação em Serviço Social a partir de experiência vivenciada enquanto estudante bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) onde foi possível observar a necessidade de aprofundamento do debate acerca das políticas públicas para a população em situação de rua. Essas inquietações surgiram a partir de relatos de alguns profissionais da área de saúde que explanavam sobre os desafios que surgiam no trabalho no trato com a PSR. Essa experiência corrobora com estudos feitos, por exemplo, por Carneiro Junior et al. (1998, p. 48), os quais afirmam que:

[...] na organização dos serviços de saúde, a população de rua ainda não se tem constituído como uma questão de intervenção mais articulada no interior de suas práticas, mesmo nas unidades de saúde localizadas na região central, onde se concentra essa população.

Essa afirmação pode estar ligada ao lento processo de implementação e articulação da rede de serviços prestada pelo Estado, na qual ainda encontra dificuldades na efetivação das políticas públicas para estes usuários. Frente a isso, de acordo com Silva (2006, p. 95 apud BRASIL, 2008b, p. 3-4):

[...] pode-se dizer que o fenômeno população em situação de rua vincula-se à estrutura da sociedade capitalista e possui uma multiplicidade de fatores de natureza imediata que o determinam. Na contemporaneidade, constitui uma expressão radical da questão social, localiza-se nos grandes centros urbanos, sendo que as pessoas por ele atingidas são estigmatizadas e enfrentam o preconceito como marca do grau de dignidade e valor moral atribuído pela sociedade. É um fenômeno que tem características gerais, porém possui particularidades vinculadas ao território em que se manifesta. No Brasil, essas particularidades são bem definidas. Há uma tendência à naturalização do fenômeno, que no país se faz acompanhada da quase inexistência de

dados e informações científicas sobre o mesmo e da inexistência de políticas públicas para enfrentá-lo.

Assim sendo, por sua particularidade e por se tratar de um fenômeno multifacetado, não é possível delimitar a existência de um único conceito a respeito do termo “população em situação de rua” visto que há diversos fatores que devem ser levados em consideração ao conceituar tal grupo como raça/cor, idade, gênero, deficiências físicas e mentais, identidade, etc.

Diante disso, será usada como base neste trabalho a definição apresentada pela Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua de 2008 (PNISPSR), a qual define o grupo social “população em situação de rua” como:

[...] um grupo populacional heterogêneo que tem em comum a pobreza, vínculos familiares quebrados ou interrompidos, vivência de um processo de desfiliação social pela ausência de trabalho assalariado e das proteções derivadas ou dependentes dessa forma de trabalho, sem moradia convencional regular e tendo a rua como o espaço de moradia e sustento (BRASIL, 2008b, p. 9).

Segundo Natalino (2016), estimava-se que em 2016 a população em situação de rua brasileira possuía um total de 101.854 indivíduos. Deste total, 22.864 pessoas viviam na região Nordeste, perfazendo 22,45%.

Assim, ao passo que entendemos que este é um grupo social heterogêneo, podemos compreender que os avanços que tangem a ampliação do acesso aos direitos sociais dessa população ainda são lentos e tardios. Por isso, é imprescindível refletirmos que tal lentidão nesses avanços tem suas bases enraizadas na reprodução da pobreza e da desigualdade social, frutos do modo de produção capitalista, principalmente:

[...] os preconceitos arraigados e conceitos ultrapassados andam de mãos dadas no sentido de impedir uma constatação mais elaborada e sofisticada das causas e consequências da modernização periférica e de suas sequelas, como a desigualdade abissal, marginalidade e subcidadania (SOUZA, 2016, p. 67-68).

Posto isso, mesmo com a aprovação tardia da PNISPSR somente em 2009, e da implantação de Centros de Referência especializados para o atendimento a esse segmento

(Centro POP²) no âmbito da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), constata-se que ainda há inúmeros desafios e muito que avançar no desenvolvimento de políticas públicas direcionadas a esta parcela da sociedade.

As ações desenvolvidas pelo Centro POP e pelo Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua devem integrar-se às demais ações da política de assistência social, dos órgãos de defesa de direitos e das demais políticas públicas – saúde, educação, previdência social, trabalho e renda, moradia, cultura, esporte, lazer e segurança alimentar e nutricional – de modo a compor um conjunto de ações públicas de promoção de direitos, que possam conduzir a impactos mais efetivos no fortalecimento da autonomia e potencialidades dessa população, visando à construção de novas trajetórias de vida (BRASIL, 2011a, p. 10).

Diante disso, com base na Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua desenvolvida em 2007 e 2008 pelo antigo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, atualmente Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), foi possível efetuar um levantamento acerca das principais características dessa população definindo um perfil que compõe tal segmento populacional no Brasil.

Constatou-se que predominantemente a população em situação de rua é masculina, 82%; com faixa etária entre 25 e 44 anos³ (53,0%); de cor parda ou preta, 39,1% e 27,9% respectivamente; com renda entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00 reais semanais (52,6%), ou seja, inferior a um salário mínimo vigente à época da pesquisa que era de R\$ 380,00 reais; com nível de escolaridade baixo, visto que 48,4% não haviam concluído o primeiro grau, 17,8% não souberam responder ou não concluíram e apenas 3,2% concluíram o segundo grau (BRASIL, 2008a).

A pesquisa apontou também que 69,6% dos entrevistados costumam dormir na rua, 22,1% costumam dormir em albergues ou em outras instituições e 8,3% costumam alternar entre dormir na rua e dormir em albergues. O principal motivo da maioria (67,6%) pela preferência em dormir em albergues diz respeito à violência nas ruas (BRASIL, 2008a).

Em meio aos principais motivos apresentados por essas pessoas para a ida para a rua estão os problemas de alcoolismo e/ou drogas (35,5%); desemprego (29,8%) e desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%). Verificou-se também que grande parte desse grupo social

² O Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua - Centro POP, é uma instituição pública voltada ao atendimento das pessoas que se encontram nesta situação, através da oferta do Serviço Especializado. (BRASIL, 2015).

³ A pesquisa foi feita somente com pessoas acima dos 18 anos.

(45,8%) é originária da mesma localidade em que se encontra, não sendo decorrente de deslocamentos ou da migração campo-cidade (BRASIL, 2008a).

O estudo ainda mostrou que grande parte dos entrevistados tem histórico de internações em instituições, seja por dependência química (28,1%), em abrigo institucional (27,0%), casa de detenção (17,0%), hospital psiquiátrico (16,7%), orfanato (15,0%), FEBEM ou instituição semelhante (12,2%). Dos entrevistados, 60% afirmaram já ter passado por pelo menos uma destas instituições e 0,7% declararam ter passado por todas (BRASIL, 2008a).

Quanto ao vínculo com familiares, a pesquisa demonstrou que mais da metade dos entrevistados (51,9%) possuía algum familiar que morava na mesma cidade na qual se encontrava. Entretanto, 38,9% não mantinham contato com este familiar e apenas 39,2% consideram como bom ou muito bom o relacionamento que mantêm com os parentes que vivem na mesma cidade ao passo que 29,3% consideram este relacionamento ruim ou péssimo (BRASIL, 2008a).

Outro importante dado apresentado pela Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua diz respeito à origem da renda dos entrevistados, visto que a extensa maioria dessa população é formada por trabalhadores (70,9%), exercendo alguma atividade remunerada, ainda que não seja um vínculo formal de trabalho (apenas 1,9% dos entrevistados afirmaram estar trabalhando atualmente com carteira assinada e 47,7% dos entrevistados disseram nunca ter trabalhado com carteira assinada). Destas atividades destacam-se catador de materiais recicláveis (27,5%), flanelinha (14,1%), construção civil (6,3%), limpeza (4,2%) e carregador/estivador (3,1%). Diante destes dados podemos desfazer o pensamento errôneo de que a maioria dessa população é composta por pedintes uma vez que apenas 15,7% das pessoas pedem dinheiro como principal meio para a sobrevivência (BRASIL, 2008a).

Um fator que está relacionado a não inclusão dessas pessoas ao mercado formal de trabalho se dá também devido a estas não possuírem quaisquer documentos de identificação (apenas 21,9% dos entrevistados possuíam todos ou algum documento de identificação – CPF, certidão de nascimento ou casamento, título de eleitor, carteira de trabalho ou carteira de identidade). Essa falta de documentação dificulta ainda mais o processo de inclusão dessa população, seja no mercado formal de trabalho, seja nos programas governamentais (88,5% afirmaram não receber qualquer benefício dos órgãos governamentais. Entre os benefícios recebidos se destacaram a aposentadoria, 3,2%; o Programa Bolsa Família, 2,3% e o Benefício de Prestação Continuada, 1,3%) (BRASIL, 2008a).

É importante ressaltar que a ausência de documentos não pode ser considerada como o fator mais importante para a não inclusão destas pessoas no mercado formal de trabalho, mas

deve ser relevada, visto que sabemos que os processos conjunturais da formação sócio-histórica brasileira preponderam substancialmente para o processo de exclusão social dessa população, como trataremos mais adiante neste trabalho.

Quanto ao acesso à alimentação a pesquisa constatou que 79,6% das pessoas em situação de rua conseguem fazer ao menos uma refeição ao dia, sendo que 27,1% compram a comida com o seu próprio dinheiro e 4,3% utilizam o restaurante popular⁴. Verificou-se ainda que 19,0% dessas pessoas não conseguem se alimentar todos os dias (BRASIL, 2008a).

Entre os principais problemas de saúde dessa população foram encontrados hipertensão (10,1%), os transtornos psiquiátricos/mentais (6,1%), HIV/Aids (5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%). Quando doentes, foi apontada como principal porta de acesso à saúde por eles o hospital/emergência (43,8%) e o posto de saúde (27,4%) em segundo lugar (BRASIL, 2008a).

Diante da caracterização do perfil da população que vive em situação de rua no Brasil partimos da compreensão de que alguns fatores consequentes da conjuntura sócio-histórica brasileira constituem-se essenciais para o processo de invisibilidade e de marginalização que permeia a totalidade do complexo grupo social ao qual proponho discutir neste trabalho.

A culpabilização do sujeito pela sua situação social, advinda especialmente do pensamento “meritocrático” da sociedade capitalista desconsidera toda e qualquer análise crítica a respeito da “questão social” e de suas consequências advindas do modo de produção capitalista. Esse pensamento corrobora com a ideia ultrajante, entretanto verdadeira, de que o Brasil é “um país tão colonizado pelo dado econômico que só percebe a realidade material que o dinheiro constrói” (SOUZA, 2016, p. 85). Para este autor:

A desigualdade econômica é legítima no capitalismo por conta da influência cotidiana e subpolítica da ideologia do mérito. O que é escondido pela ideologia do mérito é, portanto, o grande segredo da dominação social moderna em todas as suas manifestações e dimensões, que é o “caráter de classe” não do mérito, mas das precondições sociais que permitem o mérito. (SOUZA, 2016, p. 141-142).

Frente a este cenário e com a intenção de responder aos objetivos propostos, apresentamos as seguintes questões para reflexão: Como estão organizadas a Rede de Atenção à Saúde e a Rede de Atenção Psicossocial ofertadas à população em situação de rua? Quais as principais vias de acesso à saúde que esta população utiliza? Quem é essa população e como

⁴ Em geral, os restaurantes populares que se destinam ao atendimento dos grupos sociais vulneráveis são gratuitos ou com baixo custo, custando em média R\$1,00 real.

se caracteriza? Qual a concepção de saúde que a população em situação de rua em Aracaju tem?

Assim, partimos da seguinte hipótese: a expansão da população em situação de rua no Brasil e em Sergipe apresenta condicionantes relacionados com a degradação do trabalho, a fragilidade de garantia de direitos nas políticas públicas, por ser uma população crescentemente vitimizada, exposta às mais agudas formas de violação dos direitos humanos.

Sendo assim, o **objetivo geral** deste estudo foi analisar como a população em situação de rua em Aracaju materializa o seu direito à saúde. Já os **objetivos específicos** buscaram relacionar o processo de negação de direitos da PSR à dinâmica excludente do capitalismo; traçar o processo de constituição do direito à saúde e à assistência social por estes sujeitos identificando se ocorre a subutilização na acessibilidade à Atenção Primária de Saúde; e, caracterizar o perfil social e em saúde da PSR em Aracaju.

Pretendemos também compreender o fenômeno população em situação de rua em uma perspectiva de totalidade. Para tal, o método de investigação histórico-dialético se apresenta como o mais adequado, pois esta perspectiva possibilita analisar de forma crítica as contradições inerentes ao modo de produção capitalista que rebatem diretamente no objeto analisado. Este método de análise parte da primazia do objeto sobre o sujeito, ou seja, é a natureza do objeto que vai determinar as categorias de análise que serão usadas pelo sujeito. Nesta perspectiva, o pesquisador deve se utilizar de recursos metodológicos que o levem da abstração da aparência à concretude da essência.

Para tal, deve munir-se de mediações para que ao final de sua pesquisa possa (re)totalizar as informações encontradas durante sua investigação, como aponta Netto (2009, p. 684): “Com efeito, depois de alcançar aquelas ‘determinações mais simples’, teríamos que voltar a fazer a viagem de modo inverso [...], mas desta vez não como uma rica totalidade de determinações e relações diversas”.

Coutinho (2010) nos mostra que as categorias da essência e da aparência tornam-se elementos importantes na compreensão da realidade objetiva, visto que a exclusão da relação entre elas acaba por fortalecer a filosofia da decadência, pois quando não conseguimos sair da apreensão imediata da realidade, ou seja, da aparência em direção à essência, não conseguimos compreender a totalidade contraditória própria do movimento da realidade e então acabamos por fortalecer os interesses da burguesia.

Não obstante, ao sair da abstração em direção ao concreto pensado o pesquisador deve ter em mente que “[...] o conhecimento do concreto opera-se envolvendo universalidade,

singularidade e particularidade” (NETTO, 2009, p. 685), pois as categorias demandadas pelo objeto são históricas e transitórias.

Desse modo, a análise dos dados partiu de uma abordagem crítica do método dialético, tendo em vista que esta:

[...] procura investigar o que ocorre nos grupos e instituições relacionando as ações humanas com a cultura e as estruturas sociais e políticas, tentando compreender como as redes de poder são produzidas, mediadas e transformadas. Parte-se do pressuposto de que nenhum processo social pode ser compreendido de forma isolada, como uma instância neutra acima dos conflitos ideológicos da sociedade. Ao contrário, esses processos estão sempre profundamente vinculados às desigualdades culturais, econômicas e políticas que dominam nossa sociedade. (ALVES-MAZZOTTI e GEWANDSZNAJDER, 1998, p. 139).

A pesquisa então se caracteriza metodologicamente por ser do tipo exploratória de natureza qualitativa, pois “a pesquisa exploratória permite uma aproximação de tendências que estão ocorrendo na realidade, para as quais não temos ainda conhecimento sistematizado nem bibliografia consolidada” (MARSIGLIA, 2007, p. 385).

Nesta perspectiva, Minayo (2001 apud MARSIGLIA, 2007, p. 388), consideram ainda que “os estudos na área da saúde devem usar metodologias qualitativas para captar o ‘significado e a intencionalidade’ inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais”.

Contudo, é importante ressaltar que a presente pesquisa não descartou a utilização de dados quantitativos, levando em conta a compreensão de que “o conjunto de dados quantitativos e qualitativos não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois, a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia” (MINAYO, 2007, p. 22).

O campo empírico da pesquisa foi constituído por uma das instituições públicas destinada ao atendimento da população em situação de rua, a saber: o Centro POP-Aracaju. A princípio, a pretensão era realizar a pesquisa em mais duas instituições referenciadas no atendimento a PSR para maior amplitude e riqueza de dados. Contudo, devido a impossibilidade concreto-objetiva na coleta dos dados no tempo hábil do mestrado optou-se por direcionar o estudo somente no Centro POP.

Em Sergipe, dados divulgados pelo Centro POP mostraram que no ano de 2013 cerca de 400 pessoas viviam em situação de rua no estado (ESMP, 2014). Desse total, em torno de

200 viviam em Aracaju. A partir disso, foi retirada uma amostra de 5% para a presente pesquisa.

Assim, a amostra escolhida foi do tipo não probabilística, intencional, sendo composta por 10 adultos (homens e mulheres) que afirmaram estar em situação de rua e que frequentavam a instituição Centro POP no período em que a pesquisa foi realizada.

Segundo Marsiglia (2007, p. 390), “as amostras não probabilísticas são mais usadas em pesquisas qualitativas e estão preocupadas em captar a diversidade do universo”, bem como não utiliza formas aleatórias de seleção. A autora acrescenta ainda que as de tipo “intencionais” são mais usadas “quando se deseja, por exemplo, obter a opinião ou conhecer a situação de determinadas pessoas ou serviços, por sua especificidade e não representatividade do universo” (MARSIGLIA, 2007, p. 391).

Desta forma, o critério para participação dos (as) entrevistados (as) se deu de acordo com a amostra por conveniência, na qual o pesquisador seleciona membros da população mais acessíveis.

Para a realização desta pesquisa foram utilizadas fontes primárias, que consideraram prioritariamente as informações colhidas pela própria pesquisadora e, para além destas, fontes secundárias também foram utilizadas. Estas, segundo Marsiglia (2007, p. 390) são utilizadas “quando se recorre a dados já existentes em instituições, associações ou trabalhos de outros pesquisadores”.

As fontes bibliográficas utilizadas foram abalizadas na revisão de literatura, com base na leitura de livros, artigos, teses, dissertações, revistas, publicações de instituições de referência, pesquisas online, dentre outras.

Já as fontes documentais usadas foram baseadas em documentos oficiais que orientam o atendimento à população em situação de rua, a exemplo da PNISPSR, PNAS, Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua, Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Orientações Técnicas do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua, e, dados estatísticos da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua.

A entrevista semiestruturada foi a técnica de pesquisa utilizada para a coleta de dados, contando com questões abertas e fechadas. Banister et al. (1994 apud SZYMANSKI et. al. 2002, p. 10) define a entrevista como sendo um “instrumento que tem sido empregado em pesquisas qualitativas como uma solução para o estudo de significados subjetivos e de tópicos complexos demais para serem investigados por instrumentos fechados num formato

padronizado”. Portanto, a entrevista é essencial para uma melhor relação entre pesquisador e pesquisado.

O procedimento de análise dos dados foi feito via relato oral, que “recobre uma quantidade de relatos a respeito de fatos não registrados por outro tipo de documentação, ou cuja documentação se quer completar” (QUEIROZ, 1987, p. 279), visando assim acentuar a compreensão intersubjetiva dos dados do real a partir dos próprios sujeitos.

As entrevistas foram realizadas nos dias 05, 08, 09 e 10 de janeiro de 2018 nos períodos da manhã e tarde no Centro POP. Já nos dias 09 e 10 foi feita entrevista com a coordenadora da referida instituição, para dirimir dúvidas e entender como é realizado o trabalho e atendimento aos usuários.

Algumas entrevistas foram gravadas com consentimento dos participantes na tentativa de reproduzir a riqueza de detalhes que as conversas proporcionaram. Os participantes entrevistados foram identificados por siglas e somente as perguntas que lhe causavam conforto eram respondidas. Contudo, para resguardar o sigilo dos usuários ao longo deste trabalho iremos identifica-los através de nomes próprios fictícios.

Em seguida, o conteúdo foi interpretado de acordo com o referencial bibliográfico que propiciou melhor compreensão dos relatos dos pesquisados, estabelecendo também categorias de análise.

Os aspectos éticos determinados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados por esta pesquisa, levando em consideração a presença do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) o qual foi assinado pelos participantes, garantindo o sigilo da identidade dos mesmos, que serão identificados por nomes fictícios.

“Garantir a plena liberdade do participante a se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, quando aplicável, sem penalização alguma” (BRASIL 2012, p. 6) foi o fio condutor ético desta pesquisa.

Assim, a relevância acadêmica e social se faz presente à medida que é necessário aprofundar e trazer à tona estas questões bem como discutir novos mecanismos de inclusão dessa população, para que esta não continue sendo posta a parte da sociedade de forma excluída e subalternizada, de maneira que possa, enfim, conseguir na prática ter acesso a uma melhor qualidade de vida a partir da garantia e efetivação de seus direitos.

Diante do exposto, a dissertação estrutura-se em dois capítulos, além da **Introdução** e das **Considerações Finais**. O primeiro capítulo versa sobre os impactos do modo de produção capitalista e o aumento da exploração da força de trabalho como determinantes para o lugar construído e destinado aos mais vulneráveis: a rua. Discute-se também acerca da necessária

articulação entre as políticas públicas, em especial a articulação entre as políticas de saúde e de assistência social na perspectiva do fortalecimento dos direitos sociais desse grupo populacional. Para isso percorre a trajetória da proteção social brasileira, bem como analisa a importância do SUS e do SUAS na garantia dos direitos das pessoas que vivem em situação de rua.

Na centralidade do segundo e último capítulo apresentamos os resultados obtidos na pesquisa de campo traçando o perfil social e em saúde da PSR em Aracaju, bem como consideramos de que maneira esse grupo populacional materializa seu direito à saúde à medida em que se discute a apreensão desta temática em suas vidas.

Posto isso, os resultados encontrados mostraram que a PSR que vive em Aracaju é em sua maioria jovem, negra, pobre, com baixa escolaridade e com pouco acesso aos direitos sociais. Além do mais, caracteriza-se por possuir frágeis vínculos afetivos e familiares em consequência do uso abusivo de substâncias psicoativas. Quanto à renda, está preponderantemente inserida no mercado informal de trabalho, fazendo com que possua renda mensal abaixo de um salário mínimo, dificultando assim sua sobrevivência e existência nos moldes impostos pelo modo de produção capitalista. No que tange o acesso à saúde, foi evidenciada uma subutilização da Atenção Primária como porta de entrada no SUS, divergindo das orientações outorgadas pela PNAB.

2. IMPLICAÇÕES NA CONSTRUÇÃO DO LUGAR DETERMINADO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: particularidades da formação sócio-histórica brasileira

Considera-se neste trabalho que o segmento da população, tão marginalizado e excluído pelo Estado e sociedade, que vive em situação de rua no Brasil, advém do processo de exclusão social consequente do modo de produção capitalista (MPC) e sua lógica de apropriação privada do espaço. Essa condição historicamente obrigou aqueles, que caracterizados por fazerem parte de uma desigualdade que abrange não somente a condição de classe, mas também a de gênero, etnia e cor, à situação de relegados e pauperizados desprovidos de direitos e de cidadania.

A rua, espaço urbano utilizado por esse segmento como alternativa de habitação e sobrevivência se coloca como elemento protagonista e essencial na interação destes indivíduos com o resto da sociedade uma vez que é nela onde as interações e caricaturas a respeito da população em situação de rua se constroem.

Analisando desta forma, compreendemos ainda que tal modo de produção se materializa e molda esse espaço urbano de forma feroz e excludente à medida em que adentra e rege a vida desses indivíduos pautando uma ideologia calcada em valores mercantis e criando valores sociais e morais não condizentes com a realidade destes.

Assim, trabalhar formalmente, construir uma família “convencional”, agir de acordo com os padrões exigidos pela sociedade moderna ou ainda morar em uma “pequena casa simples” torna-se cada vez mais distante e inacessível para grande parte das pessoas que são obrigadas a sobreviver dentro do sistema de desenvolvimento do capital.

Pensando nisto, devemos analisar o desenvolvimento desse modo de produção no Brasil e como isto corroborou para a condição marginalizada deste segmento populacional.

Trataremos então das particularidades da formação sócio-histórica brasileira que contribuem para a construção deste cenário. Contudo, antes abordaremos algumas categorias essenciais na análise do objeto em estudo, a partir das noções de Estado, sociedade civil, política social, cidadania, direitos sociais, igualdade, “questão social”, pobreza e desigualdade social, articulando-as de modo a melhor compreendermos a origem da questão.

No caso brasileiro, estas particularidades e características que aqui se desenvolve o modo de produção capitalista corroboram para uma participação ampla do Estado de maneira que este esteja sempre subordinado ao capital internacional, tratando dessa forma as

demandas sociais, políticas e econômicas de forma fragmentada, secundária e em conformidade ao pleno desenvolvimento dos monopólios.

Para fins de melhor compreensão partiremos da concepção de Estado proposta por Karl Marx, ainda que este não tenha elaborado uma teoria da política ou do Estado. Entretanto, tal concepção pode ser deduzida a partir de suas análises de conjunturas históricas específicas, como bem afirmam Coutinho (2006) e Carnoy (1988).

Segundo estes autores, o desenvolvimento da teoria social de Marx considera as condições materiais de sociedade como a base de sua estrutura social e da consciência humana. Desta forma, o Estado emerge das relações de produção. Sendo assim, este não representaria o bem comum, mas, sim, seria expressão política da estrutura de classe inerente à produção, sendo um instrumento essencial de dominação de classes na sociedade capitalista. Posto isso, na teoria do Estado de Marx, na sociedade burguesa, o Estado representa o braço repressivo da burguesia.

Em conformidade com esse pensamento partiremos também da concepção de sociedade civil proposta por Antonio Gramsci. Segundo Coutinho (2006), Gramsci sistematiza o que estava implícito na obra de Marx, problematizando assim o conceito de sociedade civil a partir da relação dialética entre estrutura e superestrutura e das análises acerca do conceito de hegemonia. Desta forma, parte do pressuposto de que sociedade civil também inclui o Estado e vice-versa, uma vez que a hegemonia não é um pólo de consentimento em contraste com outro pólo de coerção, mas é a síntese de consentimento e repressão.

Quando falamos em política social estamos falando da mediação entre Estado e sociedade civil. Levando em consideração que essa mediação é dialética e permeada de contradições, partiremos ainda do conceito de política social elaborado por Vieira (2004). Conforme este autor “não existe a política social, mas as políticas sociais” (VIEIRA, 2004, p. 149), pois sua origem está enraizada na crítica à desigualdade social e na denúncia radical à iniquidade entre os homens. Diante disto:

[...] a cidadania [significa] um princípio de igualdade desdobrado em vários direitos, dos quais os direitos sociais aspiram a modificar o padrão geral de desigualdade, mesmo sem eliminá-la de todo. Na democracia liberal, portanto, a política social toma como alvo a igualdade de cidadania para homens pertencentes à sociedade orientada pelo mercado e caracterizada pela desigualdade econômica. Posto isto, a política econômica está atrelada à política social, mas se colocando normalmente acima desta. Os direitos sociais integrantes da cidadania podem mitigar a desigualdade dos homens e

até contribuir à mudança nas condições de produção não abolindo a situação desproporcional estabelecida entre os poucos possuidores de capital e os muitos vendedores da força de trabalho. [...] Mas, note-se, a política social não visa a romper, não almeja isto, nem rompe o ordenamento jurídico consagrado nos poderes do Estado, [...] ela se circunscreve dentro da lei e conserva a desigualdade, ainda que sem aprovar as condições desiguais das pessoas. (VIEIRA, 2004, p. 214-215).

Ora, a noção de cidadania já proposta entre os séculos XIX e XX apontava na direção de uma cidadania voltada ao *status* e dividida em três direitos: o civil, o político e o social. Para Marshall (1967), os direitos sociais do indivíduo eram originários do *status* que também determinava que espécie de justiça ele pudesse esperar e onde poderia obtê-la, bem como a maneira que podia participar da administração dos negócios da comunidade à qual pertencia. Assim sendo, o *status* era a marca distintiva de classe e a medida de desigualdade.

Desse modo o objetivo, segundo Marshall (1967), não é que haja uma igualdade absoluta ou uma sociedade sem classes, mas uma sociedade na qual as diferenças de classe sejam legítimas em termo de justiça social e na qual, portanto, as classes colaborem para o benefício comum de todos, pois há limitações inerentes ao movimento em favor da igualdade, ou seja, a desigualdade do sistema de classes sociais pode ser aceitável desde que a igualdade de cidadania seja reconhecida.

Reflete-se então que as noções de Estado, sociedade civil, cidadania, direitos sociais, igualdade e política social estão em permanentes interlocuções, propiciando importantes fios condutores na compreensão inicial dos aspectos referentes à formação da sociedade capitalista, bem como propicia melhor entendimento quanto à formação sócio-histórica tão particular no caso brasileiro e seus rebatimentos no fenômeno população em situação de rua.

Frente a isso, tendo em vista o desenvolvimento “desigual e combinado” (MANDEL, 1982) do capital em relação aos países de economia periférica e que o processo de implementação tardia da fase monopolista no Brasil através de vias “não clássicas” contribuíram para o lento desenvolvimento social do país bem como para maior concentração de renda nas mãos dos grandes capitais, entende-se então que toda riqueza aqui produzida destina-se aos países de economia capitalista desenvolvida, expandindo cada vez mais a desigualdade social e a pobreza.

Somente com a implementação da fase monopolista do capital na década de 1960 assim como da Ditadura Militar em 1964 é que o capital, através da figura do Estado, toma

para si as respostas às expressões da “questão social”⁵. Ora, até então esta era tratada através de processos coercitivos ou ainda vista como “caso de polícia” pelo Estado. A partir de então o Estado traz como resposta às expressões da “questão social” a implementação das “políticas sociais” (NETTO, 1992).

Ao tratar do desenvolvimento do modo de produção capitalista no Brasil devemos lembrar as ofensivas postas por esse modo de produção em sua contemporaneidade ao conjunto da classe trabalhadora e seus rebatimentos nos direitos sociais, principalmente pós- crise de 1970. Ao mencionarmos a crise do capital notamos ainda, como bem enfatiza Santos (2007, p. 25), que:

[...] As manifestações dessa ofensiva são bem impopulares, sem deixar de expressar o habitual ‘vale-tudo’ justificado em nome da recuperação da ‘saúde’ do capitalismo. A barbárie é uma delas e seus indícios no Brasil já estão por toda parte, sendo aprofundados a partir da conjuntura que acompanha os ajustes neoliberais.

Esses processos de retraimento do social em prol da lucratividade e das incansáveis tentativas de dar fôlego ao capital aparecem como elementos característicos do neoconservadorismo e da afirmação da teoria social pós-moderna, cujo objetivo está imbricado em reduzir a importância da história e da totalidade, desencadeando uma maneira de conceber a realidade de forma fragmentada e desistoricizada, cumprindo um papel de naturalizar as consequências da crise do capital, ou seja, o objetivo é não alterar e não problematizar as demandas originárias da “questão social” que provocam a desigualdade social e a pobreza, pois:

Os homens são desiguais, sustenta o credo meritocrático, e a distribuição de benefícios econômicos e sociais reflete essa desigualdade, através do mercado, e nenhuma ação *pública* [grifos do autor], tendo por objetivo escamotear esse duro fato, é legítima. (SANTOS, 1979, p. 18).

Ao abordar categorias como pobreza, exclusão, desigualdade social, subalternidade, cidadania e direitos faz-se necessário elencar outras interlocuções subjacentes a estes elementos. Por isso, partindo das colocações baseadas em Marx, propostas por Silva (2006, p. 22), infere-se que a pobreza:

⁵ Segundo Iamamoto (1999, p.27) “a questão social pode ser compreendida como ‘o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura’”. Desta forma, essa situação de exclusão da população em situação de rua deve ser tratada como uma expressão da “questão social”.

[...] na sociedade capitalista decorre não apenas da não distribuição equânime da riqueza social, mas também da apropriação privada dos meios de produção e da relação de exploração da classe dos capitalistas sobre os trabalhadores. É, pois, inerente à estrutura social capitalista.

Desta forma, compreendemos que a pobreza, por ser inerente ao modo de produção capitalista, só poderá ser eliminada com a sua superação. Assim, é recorrente reafirmar que o fenômeno população em situação de rua nada mais é do que a expressão fiel das várias expressões da “questão social”, uma vez que esta, por ser consequência do desenvolvimento do capital expressa em sua conceituação a junção de todos aqueles elementos concernentes e caracterizadores da dita “ralé” brasileira, muito bem-conceituada por Souza (2016, p. 143-144) como constataremos a seguir:

[...] o aspecto mais central e mais importante, por isso mesmo o mais reprimido e obscurecido pela visão superficial e enganosa dominante, é a “invisibilidade” social, analítica e política do que chamamos provocativamente de “ralé” estrutural brasileira. Essa é a classe, que compõe cerca de 1/3 da população brasileira, que está abaixo dos princípios de dignidade e expressivismo, condenada a ser, portanto, apenas “corpo” mal pago e explorado, e por conta disso é objetivamente desprezada e não reconhecida por todas as outras classes que compõem nossa sociedade. Essa também é a razão da dificuldade de seus membros constituírem qualquer fonte efetiva de autoconfiança e de estima social, que é, por sua vez, o fundamento de qualquer ação política autônoma. É apenas porque nós brasileiros permitimos a reprodução continuada de uma classe condenada a ser “corpo” sem alma ou mente (ou seja, uma forma de “indivíduo racional” aproveitável econômica e politicamente) que podemos também temê-la e persegui-la cotidianamente como delinquentes ou delinquentes potenciais. É apenas por serem percebidos como meros “corpos”, numa sociedade que valoriza a disciplina e o autocontrole acima de tudo, é que essa classe desprezada é vista como tendencialmente perigosa e como assunto da “polícia”, e não da “política”.

É importante lembrar que este segmento populacional, ou ainda a classe proletária, historicamente é caracterizado por não possuir o direito à propriedade e a terra, visto que seu lugar na sociedade foi construído dentro de um processo de desenvolvimento capitalista atrasado, em comparação com os moldes europeus. Em conformidade com Martins (2012, p. 55), consideramos que “[...] a economia colonial brasileira, mesmo assentada também em relações pré-capitalistas, como o trabalho escravo, se organizou e se desenvolveu sob a lógica do modo de produção capitalista”.

O proletariado ficou então sempre afastado dos direitos e das boas condições de sobrevivência. Essa realidade tem suas bases fincadas no colonialismo europeu e na escravidão, e se reafirma principalmente com o desenrolar da revolução burguesa no cenário mundial, que já apontava e fortalecia o modo de produção capitalista enquanto "mais adequado" às novas formas de acumulação de riquezas pelos países imperialistas industrializados.

Contudo, é importante lembrarmos que no processo de desenvolvimento do capitalismo tardio, no caso brasileiro, há a desenfreada construção de cidades e o crescente contingente de pessoas, muitas destas advindas do êxodo rural nos grandes centros urbanos, nas primeiras décadas do século XX, agravando ainda mais a "questão social", sendo de fundamental importância no aumento das populações marginalizadas que passaram a buscar a rua como espaço de moradia e forma de sobrevivência, acarretando assim no aumento de pessoas vivendo em situação de rua. (BRASIL, 2011a).

2.1 A EXPLORAÇÃO DO TRABALHO NA DINÂMICA CAPITALISTA E SEUS REBATIMENTOS NA VIDA DOS SUJEITOS EM SITUAÇÃO DE RUA

O modo de produção capitalista consolida-se, segundo estudos de Netto e Braz (2011), nas análises debruçadas sobre a teoria marxiana, na passagem do século XVIII ao século XIX, tendo como ponto fundante a exploração da força de trabalho. Dessa exploração decorre a produção do excedente ou mais-valia bem como o surgimento do trabalho assalariado e da propriedade privada.

Assim, ao entender que o lucro do capitalista advém da quantidade de trabalho não-pago, ou seja, do trabalho excedente (mais-valia), é possível compreender a dinâmica deste modo de produção baseado na expropriação da força de trabalho daqueles que não detêm os meios de produção, mas apenas suas capacidades físicas e mentais. Essa dinâmica se torna mais incisiva no capitalismo como assinalam Netto e Braz (2011, p. 117), visto que:

A experiência cotidiana dos trabalhadores não lhes permite apreender a distinção entre trabalho necessário e trabalho excedente: na jornada de trabalho não há nenhuma divisória perceptível entre ambos – sob esse aspecto, o trabalho assalariado (“trabalho livre”) é mais ocultador da exploração que o trabalho servil e o escravo. Com efeito, para o escravo, a identificação da exploração pode ser quase imediata: nada do que produz lhe pertence; quanto ao servo, o fato de produzir em lugares diferentes (nas terras do senhor e na gleba, donde retirava a parte que lhe cabia da produção)

facilitava a percepção de que o senhor lhe extraía partes do produto do seu trabalho. Ademais, tanto no caso do escravo como no do servo, a apropriação do excedente que produziam era assegurada pelo uso da violência extra-econômica. No caso do trabalhador assalariado, o excedente lhe é extraído sem recurso à violência extra-econômica; o contrato de trabalho implica que o produto do trabalho do trabalhador pertença ao capitalista. E a falsa noção de que o salário remunera todo o seu trabalho é reforçada [...]. Por isso, a maioria dos operários *sente* a exploração – tratando-a como uma injustiça –, mas não alcança, na sua experiência cotidiana, a adequada compreensão dela.

Ora, se o tempo de trabalho excedente é o fator preponderante à acumulação capitalista obviamente este será o objeto de interesse do capitalista à medida que a ampliação da mais-valia é item obrigatório e necessário para o livre desenvolvimento do capital.

As análises de Netto e Braz (2011) mostram ainda que no MPC o processo de trabalho não cria somente valor, cria também, e principalmente, a valorização do capital quando o mesmo produz excedente. Com isso, o foco do capitalista vai se voltar diretamente à produção do excedente através desse processo de valorização e para isso irá incrementar o maquinário e a tecnologia e introduzir uma divisão capitalista do trabalho, a qual exige do trabalhador uma alienação de todo o processo condizente com a produção e então o aumento da exploração de sua força de trabalho.

[...] em face das crescentes necessidades de valorização do capital não apenas a mão de obra infantil e feminina, mas todos os trabalhadores eram submetidos a extensas jornadas de trabalho. O maquinário era um investimento importante, mas apresentava uma tendência à rápida obsolescência devido à velocidade das novas invenções, além do que ele apenas transfere valor quando é operado pelo trabalhador (SANTOS, 2012, p. 36).

Todo esse processo de livre e pleno desenvolvimento do capital na Revolução Industrial em meados dos séculos XIX e XX na Europa propiciou à intensificação das jornadas de trabalho e consequentemente a ampliação das cidades, com um desenvolvimento urbano precário que aumentava ainda mais a separação entre as classes.

As cidades e as áreas industriais cresciam rapidamente, sem planejamento ou supervisão, e os serviços mais elementares da vida da cidade fracassavam na tentativa de manter o mesmo passo: a limpeza das ruas, o fornecimento de água, os serviços sanitários, para não mencionarmos as condições habitacionais da classe trabalhadora [...] cortiços onde se misturavam o frio e a imundice, ou os extensos complexos de aldeias industriais de pequena

escala [...] O desenvolvimento urbano foi um gigantesco processo de segregação de classes, que empurrava os novos trabalhadores pobres para as grandes concentrações de miséria alijadas dos centros de governo e dos negócios, e das novas áreas residenciais da burguesia (HOBSBAWM, 2005, p. 282-284 apud SANTOS, 2012, p. 37).

No caso brasileiro essa realidade não se mostrou diferente, principalmente quando tardiamente aqui se desenvolvia o MPC em meados do século XX e consigo a manutenção da velha política *coronelesca* e a não relevância dos assuntos relacionados às camadas mais pobres. A “questão social” – expressão máxima das consequências do capitalismo – era tida como “caso de polícia” e não de política, ficando os pobres cada vez menos inseridos na divisão da riqueza socialmente produzida e cada vez mais sob a responsabilidade da Igreja e das práticas caritativas.

Essas características de desenvolvimento do modo de produção capitalista e suas particularidades aqui no Brasil contribuíram incisivamente para o processo de negação de direitos e de invisibilidade das camadas mais pobres, uma vez que tal dinâmica excludente forjou as bases para o crescimento da pobreza e do não acesso à terra por essas camadas, obrigando-as, como já supramencionado, a procurar as ruas como meio de sobrevivência.

Ora, a população em situação de rua nada mais é do que a expressão fiel da “questão social”. Assim, é imprescindível entendermos essa relação entre as consequências que o desenvolvimento do modo de produção capitalista provoca e o impacto disso na vida dos trabalhadores como o aumento do desemprego, da desigualdade social, aumento da pobreza, inserção dos mais pobres (e em sua maioria negros) no mundo da criminalidade, e, claro, o aumento do exército industrial de reserva e sua relação direta com a condição dos sujeitos que se encontram em situação de rua.

A “questão social”, como já assinalado, deriva da lei geral da acumulação capitalista. Com isso, entendemos que ela é insuprimível dentro dos moldes deste modo de produção tendo em vista que ela é inerente a ele, como coloca Yazbek (2009, p. 3):

A Questão Social se configura por ser a expressão das desigualdades sociais constitutivas do capitalismo. Suas diversas manifestações são indissociáveis das relações entre as classes sociais que estruturam esse sistema e nesse sentido a Questão Social se expressa também na resistência e na disputa política [nota de rodapé].

Posto as colocações referentes a “questão social”, Netto (2001) nos traz para conhecimento a origem da mesma. De acordo com ele, a expressão “questão social” surgiu na

Europa em meados da terceira década do século XIX para dar conta do fenômeno do pauperismo. Esse “novo” pauperismo diferenciava-se então do pauperismo anterior ao MPC uma vez que antes não havia a produção de bens e serviços capazes de resolver a situação de escassez na qual a população vivia.

O pauperismo então se torna de fato “questão social” quando se iniciam as possibilidades de enfrentamento a nova ordem burguesa que se instalava (a luta do operariado).

Para explicar a “questão social” no Brasil há que se considerar não só as características formadoras advindas do MPC, mas também e principalmente as particularidades da formação sócio-histórica da sociedade em que está inserida.

Destarte, como afirma Santos (2012), a super exploração da força de trabalho dominante na constituição do capitalismo brasileiro de forma naturalizada como condição para sua entrada no cenário do capitalismo monopolista imperial, o desemprego como expressão máxima da “questão social”, e o entendimento que o conjunto das expressões da “questão social” tem suas particularidades e não podem ser tomadas e vistas como uma unidade só, ou seja, não se deve tratar o tema como uma “assistencialização da ‘questão social’” à medida que esta fique reduzida a pobreza, são algumas das características concernentes à “questão social” brasileira.

Frente a isso, devemos lembrar que a “questão social” aflora ainda mais sua sangria à medida que novos delineamentos surgem no avanço do modo de produção capitalista, a exemplo na contemporaneidade, do processo de reestruturação produtiva do capital como resposta para conter as feridas provocadas por suas constantes e cíclicas crises.

Essa necessidade de reorganização do capital aprofundou ainda mais desde meados da década de 1970 as consequências da crise na vida da classe trabalhadora ampliando a “questão social” e como decorrência tivemos as seguintes características:

Em definitivo, a subcontratação, terceirização, externalização do trabalho, ao retirar o trabalhador da formal (e regulamentada por lei) relação salarial, permite ao capital dispor, quase na sua totalidade, da mão de obra de acordo com suas necessidades. A relação “*formal*” (regulada e relativamente protegida por lei e com a presença do Estado) passa agora a se tornar “*informal*” (desprotegida, desregulada e numa relação direta, quase pessoal, entre empregado e empregador, por cada empresa e sem a mediação, compulsória, de leis, direitos e do Estado). Agora a tendência é que quase todos os postos de trabalho dependam das flutuações do mercado, estando o trabalhador na sua quase totalidade à mercê desse processo, sem garantias, sem estabilidade. Assim, os trabalhadores aparecem dispostos a reduções salariais e de “direitos” trabalhistas como forma de preservar o ameaçado

posto de trabalho, criando uma tendência decrescente do salário, caracterizando uma perda do poder sindical. Porém, para além da subcontratação, a indústria expulsa força de trabalho, por via da *automação* [...]. Com isso, deslança o desemprego estrutural, aumentando o exército de reserva, os desempregados, o que ocasiona queda do salário e das condições de trabalho e maior exploração de mais-valia relativa (MONTAÑO e DURIGUETTO, 2011, p. 199-200).

Com isso, observamos que esses aspectos impostos pelo transcurso da reestruturação produtiva do capital impactaram diretamente de maneira a impulsionar processos migratórios que obrigam cada vez mais diferentes sujeitos e famílias a procurarem opções de sobrevivência fora de seus domicílios originais, trazendo também como consequência direta o aumento do nível de pobreza e do grau de vulnerabilidade da massa da classe trabalhadora.

Destarte, em conformidade com Silva (2006), entendemos assim que o fenômeno população em situação de rua surge a partir das múltiplas determinações que têm suas origens fincadas no processo de acumulação do capital:

[...] a história do fenômeno população em situação de rua remonta ao surgimento das sociedades pré-industriais da Europa, no contexto da chamada acumulação primitiva em que os camponeses foram desapropriados e expulsos de suas terras, sem que a indústria nascente, nas cidades, os absorvesse com a mesma celeridade com que se tornaram disponíveis. Em face disso, muitos se transformaram em mendigos, ladrões, vagabundos, principalmente por força das circunstâncias, fazendo aparecer o pauperismo (Marx, 1988b). É nesse contexto que se origina, o fenômeno população em situação de rua. No seio do pauperismo, que se generalizou por toda a Europa Ocidental, ao final do século XVIII, compondo as condições necessárias à produção capitalista. Com o desenvolvimento do capitalismo, sua produção e reprodução ocorreram no processo de formação de uma superpopulação relativa ou exército industrial de reserva que mantém a oferta de trabalho em sintonia com as necessidades de expansão do capital [...]. Assim, as condições histórico-estruturais que deram origem e reproduzem continuamente o fenômeno população em situação de rua nas sociedades capitalistas são as mesmas que originaram o capital e asseguram a sua acumulação, resguardadas as especificidades históricas, econômicas e sociais de cada país (SILVA, 2006, p. 19).

No Brasil, essas determinações têm seus desdobramentos vinculados também na contemporaneidade ao processo de contrarreforma do Estado⁶ e na mundialização financeira

⁶ Behring (2008) afirma que o processo desencadeado na década de 1980 pelo Estado com o projeto de “reforma do Estado” nada mais é do que um mecanismo de fortalecimento da implantação do neoliberalismo no Brasil e de fortalecimento do processo de reestruturação produtiva do capital como forma de tentativa de sair da crise desencadeada na década de 1970 (crise de superprodução e falência do *Estado de Bem-Estar Social*). A autora assegura que na verdade o Brasil vem enfrentando um processo de “contrarreforma”, visto que a centralidade do

do capital, delineados pós-crise da década de 1970. A “nova” estrutura do capital traz ainda o neoliberalismo como pano de fundo e seu protagonismo impera na realidade brasileira até os dias atuais.

Assim, a privatização do aparelho estatal, a organização de um Estado mínimo para o social e máximo para o capital, a depreciação do setor público, o superdimensionamento do mercado financeiro e o ataque aos direitos sociais conquistados na CF/88, principalmente às políticas sociais, são algumas características desse processo de ofensiva capitalista.

Todo esse processo culmina, obviamente, diretamente nas condições objetivas da vida das classes mais pobres. A população em situação de rua mais uma vez tem sua sobrevivência reorganizada pelas novas estruturas sociais.

A resposta dada pelo Estado a classe trabalhadora referente à “questão social”, especificamente ao fenômeno população em situação de rua, bem como a organização do sistema de Seguridade Social, tratado aqui especificamente nas políticas de saúde e assistência, e seu direcionamento a esse público será o objeto de estudo das próximas linhas.

projeto se dá na manutenção da ordem vigente em detrimento dos avanços sociais conquistados na Constituição de 1988 (CF/88). A contrarreforma pode ser entendida como um conjunto de alterações regressivas nos direitos do mundo do trabalho.

2.2 SUS, SUAS E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: uma articulação necessária

2.2.1. Desmistificando o conceito de saúde

Historicamente o conceito de saúde sofreu inúmeras interpretações e diferentes - significados⁷ até chegar ao mais discutido na atualidade, aquele definido e construído pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, o qual implica na afirmação de que “saúde é o estado de completo/perfeito bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afeções e enfermidades” (SEGRE e FERRAZ, 1997; FERREIRA et al., 2014).

Este conceito, tão debatido na literatura atual e entre os profissionais de saúde tem sido visto como uma idealização utópica e ultrapassada uma vez que há dificuldade de se definir um “estado completo/perfeito de bem estar”, principalmente quando se considera as mudanças e o conjunto de interferências que envolvem o ser humano e o meio em que este está inserido (SEGRE e FERRAZ, 1997).

Apesar de ser consequente de uma construção histórica, econômica, política e social e de surgir como ganho imensurável para a época em que foi elaborado, o mesmo não questiona como seria possível atingir a “perfeição” entre as três esferas (mental, físico e social) e, para agravar, não leva em consideração a diversidade e as particularidades inerentes ao sujeito e a realidade, bem como que as mudanças nas condições de saúde são constantes e não-lineares.

Entretanto, o conceito proposto pela OMS dá um passo importante na discussão que devemos travar ao olhar o indivíduo de forma integral. Devemos contextualizar esse indivíduo e o meio, levando em consideração também outros fatores como por exemplo o ambiental, espiritual, cultural, econômico e tudo que esteja relacionado a existência desse sujeito.

Se observarmos a evolução histórica e como originalmente a saúde era entendida veremos que havia uma incessante relação entre ela e a ausência de doenças, ou mesmo sua analogia a concepções filosóficas, científicas ou religiosas (SCLIAR, 2007). Não obstante, se fizermos uma breve pesquisa informal na internet da palavra “saúde” encontraremos diversos significados, alguns relacionados com a força física, vitalidade, robustez, força ou ainda disposição, alegria, satisfação, tranquilidade.

Já ao conferir a Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990) que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde veremos, em seu artigo 3º, que a saúde possui

⁷ Para saber mais a respeito da historicidade e das implicações referentes ao conceito de saúde sugiro a leitura de Scliar, 2007, p. 30-39 e da análise de Segre e Ferraz, 1997, p. 538-42.

como determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Considerando tantos significados fica visível que é impossível do ponto de vista prático limitar apenas uma definição de saúde. Esses questionamentos problematizam mais ainda seu conceito e ampliam o debate acerca da saúde pública e isso ganha maior relevância quando se analisa a população em situação de rua.

Ao compreender quais marcadores a política de saúde utiliza para avaliar e garantir promoção, proteção e recuperação da saúde estaremos passíveis de questionar se a população em situação de rua, à margem da sociedade, com escasso, precário ou nenhum acesso a alimentação, higiene, moradia, saneamento básico, trabalho, renda, educação e outras políticas públicas, possui saúde.

Contudo, antes de averiguar se e de que forma as pessoas em situação de rua problematizam a questão da saúde devemos relembrar que no Brasil a saúde nem sempre foi vista e tratada de forma relevante e com a seriedade que merece.

Apesar do significado atribuído em 1948 sabemos que no Brasil, até a CF/88, não havia a existência de um modelo de saúde constituído e articulado que englobasse de fato os direitos e as necessidades sanitárias da população. Havia décadas a saúde foi objeto de interesse econômico e político, sendo sempre relegada e deixada de lado pelos governantes.

Do período que vai do descobrimento do Brasil ao final do século XIX, os serviços de saúde tinham que ser comprados, apenas quem tinha dinheiro era atendido por médicos particulares (medicina liberal), e quem não tinham ficava sob o cuidado de curandeiros, xamãs, boticários, saberes curativos dos indígenas e jesuítas, ou, ainda, mais à frente sob a responsabilidade das entidades filantrópicas, como as “Santas Casas de Misericórdia” (CARVALHO, 2013; BRAVO, 2009; MEDGRUPO, 2018).

O aumento do contingente de pessoas e conglomerados urbanos no final do século XIX e início do século XX pelo processo de migração campo-cidade, daqueles que buscavam melhores condições de vida, e da imigração da mão de obra europeia, com o fim da escravidão em 1888, propiciou o agravamento das condições sanitárias e de saneamento daqueles que viviam nos grandes centros urbanos (JUNIOR e NOGUEIRA, 2002; BRAVO, 2009; CARVALHO, 2013).

Nesse período, compreendido entre 1889 e 1930 (República Velha), o acesso à saúde bem como a outros serviços era garantido apenas àqueles que estavam inseridos no mercado de trabalho, ou seja, aqueles que trabalhavam e estavam vinculados a alguma empresa ou

instituição - através da “Lei Eloy Chaves” (Decreto, nº 4.682, de 24 de Janeiro de 1923), consequência das greves do movimento operário ocorridas em 1917⁸ e 1919⁹ (BOSCHETTI, 2009; BRAVO, 2009; CARVALHO 2013).

As primeiras medidas de proteção social no Brasil estão [foram] datadas do início do final do século XIX e início do século XX, como reflexo da conjuntura política e econômica mundial e nacional. Vê-se, nesse período, uma transição do modelo político-econômico no país com a decadência da economia agroexportadora e consequentemente das oligarquias rurais. Paralelamente a isso, o Brasil vai tomando novos rumos com o crescente processo de industrialização impulsionado pela revolução burguesa na década de 1930. As duas primeiras décadas do século XX foram marcadas por um conjunto de fatores que alteraram significativamente o rumo político-econômico e social do país. Estamos falando da crise cafeeira e consequentemente das oligarquias rurais, do nascimento de uma burguesia urbana, do desenvolvimento de um setor urbano industrial, da constituição da classe operária brasileira, do direito à sindicalização, do fortalecimento e ampliação do número de greves e manifestações (graças à experiência sindical de concepção anarquista dos imigrantes europeus), entre outros fatores importantes e estruturais, a exemplo da crise mundial de 1929. É neste cenário de mudança da base econômica e organização e pressão da classe trabalhadora que a política de previdência social brasileira tem sua origem como marco na história da proteção social do Brasil. (ARAGÃO, 2013, p. 2).

Nesta época, as doenças pestilenciais e as doenças transmissíveis como tuberculose, febre amarela, varíola, sífilis, doença de Chagas, peste bubônica, esquistossomose, dentre tantas outras assolavam a população mais pobre, principalmente nos grandes centros urbanos do país como São Paulo e a então capital Rio de Janeiro. Era visível que a instalação do modo de produção capitalista¹⁰ atrelado ao surgimento das primeiras indústrias havia exponenciado as precárias condições de vida e trabalho da população urbana brasileira (JUNIOR e NOGUEIRA, 2002; BRAVO, 2009).

A “Lei Eloy Chaves” de 1923, conhecida como o embrião da Previdência Social no Brasil, é a primeira lei voltada aos interesses do trabalhador. Com ela há o surgimento das Caixas de Aposentadoria e Pensão - CAPS, sendo a dos ferroviários em 1923 e a dos portuários e marítimos em 1926 as primeiras Caixas organizadas no país (PIORINO FILHO, 2011).

⁸ Cf. TOLEDO, 2017, p. 499-515.

⁹ Ibidem, p. 512-15.

¹⁰ Importante lembrar que apesar da instalação do MPC, na República Velha o modelo predominante era o agrário-exportador.

As CAPS¹¹ eram organizadas inicialmente por empresa e depois também passaram a ser por categoria profissional. Era um fundo financiado¹² por contribuições de empregados e empregadores destinado a suprir as necessidades de saúde e necessidades previdenciárias dos empregados, garantindo-lhes direitos como socorro médico em caso de doença do segurado e de seus familiares, preços especiais na aquisição de medicamentos, aposentadoria por idade ou invalidez, e, pensão para seus herdeiros em caso de morte (PIORINO FILHO, 2011; MEDGRUPO, 2018).

Vale lembrar que a organização dos serviços era definida pela necessidade econômica, ou seja, o Estado só começou de fato a intervir e se interessar pelas demandas por melhores condições de vida da população quando as ameaças aos interesses do modelo agrário-exportador ficaram mais evidentes. A iminência do movimento operário e o reflexo de suas reivindicações (greves), assim como o fato das doenças estarem dizimando mão de obra obrigaram o Estado a propiciar proteção social como forma de garantir a ordem social do país (BRAVO, 2009; SILVA e COSTA, 2016).

A saúde emergiu como efetiva prioridade de governo no Brasil no começo do século XX, com a implantação da economia exportadora de café, na região Sudeste. A melhoria das condições sanitárias, entendida então como dependente basicamente do controle das endemias e do saneamento dos portos e do meio urbano, tornou-se uma efetiva política de Estado, embora essas ações estivessem bastante concentradas no eixo agrário-exportador e administrativo formado pelos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. [...] Esse período corresponde ao da formação de um verdadeiro mercado de trabalho no Brasil, envolvendo uma massa considerável de trabalhadores, com integração produtiva entre os setores urbano e rural. Para a formação desse mercado, houve uma contribuição fundamental dos imigrantes de países estrangeiros, que constituíam uma força de trabalho de nível educacional diferenciado. Entre 1901 e 1920, entraram no país nada menos que 1,5 milhões de estrangeiros, dos quais aproximadamente 60% se fixaram nas áreas urbanas e rurais de São Paulo. Melhores condições sanitárias, de um lado, significavam, uma garantia para o sucesso da política governamental de atração de força de trabalho estrangeira e, de outro, impunham-se como uma necessidade de preservação do contingente ativo de trabalhadores, em um contexto de relativa escassez de oferta de trabalho. (JUNIOR e NOGUEIRA, 2002, p. 119).

¹¹ “As Caixas eram administradas por comissões compostas pelos representantes das empresas e dos empregados. Azeredo (1993) aponta que a forma com que as CAPs foram organizadas representa a primeira manifestação de que o sistema previdenciário brasileiro estava fundado sob as bases de um modelo privatista, com a vinculação por empresa, autonomia em relação ao poder público e com um regime de capitalização que reforçava o caráter mais liberal e independente do Estado. Até então, a presença do poder público só existia na forma de um controle à distância por meio do Conselho Nacional do Trabalho (CNT) e de agências externas que, por meio dos contratos, exerciam atividade corretiva” (SILVA e COSTA, 2016, p. 162).

¹² Boschetti (2006) afirma que as CAPS eram de caráter obrigatório para as empresas; e apesar de serem criadas pelo Estado, que regulamentou percentual de contribuição e a cobertura de benefícios, a sua natureza era privada e o financiamento bipartite.

Na década seguinte (1930), com o início do governo de Getúlio Vargas e sua política paternalista e o aumento do centralismo estatal foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPS¹³ com o intuito de complementar a estrutura das CAPS (BOSCHETTI, 2006).

Durante os anos 40 e 50, a assistência médica prestada pelas CAPS e IAPS aos trabalhadores formais era a única disponível. Os Estados e Municípios não dispunham de serviços de assistência médica adequados às necessidades de sua população, salvo raras exceções. Estabelecimentos filantrópicos davam assistência às famílias pobres e indigentes e a Saúde Pública (que na época focava no combate às doenças transmissíveis, endemias e programas específicos) ficava a cargo do Ministério da Educação e Saúde (MESP) e, posteriormente, do Ministério da Saúde (MS). [...] Os IAPS por ramo de atividade acabaram absorvendo a maioria das CAPS, restando poucos até os anos de 1960. (MEDGRUPO, 2018, p. 16).

É nesse período que, segundo Aragão (2013), há a emergência da concepção de previdência social pública, devido ao Estado ser o criador dos IAPS e responsável por seu financiamento, trazendo então a característica de natureza pública aos institutos e o financiamento tripartite, contudo, sem alterar os critérios para a inclusão no sistema.

Não obstante, o modelo de proteção social que o Brasil iniciava apresentava diversos problemas como por exemplo seu caráter excludente e focalista visto que muitos trabalhadores formais, bem como os rurais e os do setor informal urbano, que não eram pertencentes aos ramos de atividade ou de categorias profissionais cobertos pelas CAPS e IAPS, não tinham acesso a assistência médica e previdenciária prestada (MEDGRUPO, 2018). Conforme afirma Aragão (2013, p. 3):

[...] O Brasil, com essas iniciativas, acompanha as tendências internacionais de intervenção estatal, mas com características bastante particulares, principalmente por implantar um modelo de proteção social com caráter corporativo e fragmentado e, sobretudo lento e seletivo, denominado por Santos (1987) de “cidadania regulada”.

Vale ressaltar que o caráter seletivo, desigual, focalizado e fragmentado que compôs o curso e a estrutura da previdência social brasileira tem sua origem na concepção bismarckiana

¹³ Os IAPS eram autarquias centralizadas no Governo Federal e supervisionadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MEDGRUPO, 2018).

de política contributiva. Em 1883 o alemão Otto von Bismarck lançou o modelo de previdência baseado na perspectiva do Seguro Social. Tal modelo, assemelhado aos seguros privados, consistia na ideia de contribuições por parte dos segurados como forma de garantia dos direitos e benefícios àqueles vinculados ao mercado formal de trabalho (BOSCHETTI, 2009).

Em contrapartida, em outro contexto social e político, mais precisamente em 1942 na Inglaterra, as ideias de William Beveridge ganhavam força como crítica ao modelo Bismarckiano. O “Plano Beveridge” – plano de reestruturação previdenciária inglesa – trazia uma mudança radical na forma de conceber os benefícios até então existentes visto que trazia consigo a ideia de Seguridade Social, com características que almejavam a área da assistência social e da saúde inseridas como atribuição primária da Previdência. É nesse período que há a instituição do *Welfare State*¹⁴ (Estado de Bem-Estar Social como é conhecido no Brasil) como modelo a ser seguido (BOSCHETTI, 2009; SILVA e COSTA, 2016).

[...] No sistema beveridgiano, os direitos têm caráter universal, destinados a todos os cidadãos incondicionalmente ou submetidos a condições de recursos, mas garantindo mínimos sociais a todos em condições de necessidade. O financiamento é proveniente dos impostos fiscais, e a gestão é pública, estatal. Os princípios fundamentais são a unificação institucional e uniformização dos benefícios. Enquanto os benefícios assegurados pelo modelo bismarckiano se destinam a manter a renda dos trabalhadores em momentos de risco social decorrentes da ausência de trabalho, o modelo beveridgiano tem como principal objetivo a luta contra a pobreza. (BEVERIDGE, 1943; CASTEL, 1998, apud BOSCHETTI, 2009, p. 2-3).

Assim, ainda em conformidade com Boschetti (2006, apud BOSCHETTI, 2009), deve-se compreender que as diferenças entres esses dois modelos de previdência balizaram a instituição de variados modelos de seguridade social e de políticas sociais de forma particularizada nos países capitalistas.

No Brasil, os princípios do modelo bismarckiano predominam na previdência social, e os do modelo beveridgiano orientam o atual sistema público de saúde (com exceção do auxílio doença, tido como seguro saúde e regido pelas regras da previdência) e de assistência social, o que faz com que

¹⁴ Sobre o *Welfare State*, Junior e Nogueira (2002, p. 127) afirmam que “[...] até as reformas ocorridas na década de 1980, o Estado de Bem-Estar brasileiro era caracterizado por centralização política e financeira em nível federal, fragmentação institucional, tecnocratismo, autofinanciamento, privatização e uso clientelístico das políticas sociais. Estas são características de um sistema de proteção social que não tem pretensões de funcionar como verdadeiro mecanismo redistributivo do produto da economia”.

a seguridade social brasileira se situe entre o seguro e a assistência social. (BOSCHETTI, 2006, apud BOSCHETTI, 2009, p. 3).

Junto a esse contexto o caminho que a Previdência Social traçava ia em direção à Seguridade Social. Mas, apesar de seguir essa tendência, Silva e Costa (2016) citando autores como Medeiros (2001); Boschetti (2003); Oliveira e Teixeira (1989); afirmam que no Brasil as ideias de Beveridge não se concretizaram no plano social uma vez que as diretrizes do “Plano Beveridge” não atingiram sua forma pura devido a Previdência nunca ter deixado de ser contributiva.

Com o Golpe Militar de 1964 e a instalação de um governo autoritário no país o sistema de previdência social e de assistência médica que até então vigorava foi alterado. O “aumento dos gastos, diminuição da parte da União destinada à Previdência somada ao enfraquecimento dos seis institutos que existiam naquela época” (SILVA e COSTA, 2016, p. 166) havia levado à publicação da Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS¹⁵ em 1960, unificando a maioria dos IAPS em um único instituto – o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS em 1966, iniciando assim a reforma previdenciária.

Durante o período em que o INPS vigorou, além do autoritarismo, houve intenso processo de privatizações¹⁶ dos serviços médicos e hospitalares. Isso levaria posteriormente ao sucateamento dos serviços uma vez que o setor privado não tinha rede de atendimento suficiente para atender à grande demanda advinda da nova clientela. Sendo assim, o Governo Militar financiou com dinheiro público a ampliação dessa rede privada com o objetivo de posteriormente comprar esses serviços médicos. Entretanto, as fraudes e o desvio do dinheiro do INPS para outros fins¹⁷ que não a Previdência e a saúde levou à falência do Instituto (SILVA e COSTA, 2016; MEDGRUPO, 2018), como confirma Mota (2009, p. 47):

[...] é imprescindível destacar os rumos assumidos pela Seguridade Social brasileira durante a ditadura militar que, ao ter criado as condições para incluir alguns trabalhadores excluídos da previdência, também promoveu a abertura do mercado privado de serviços sociais considerados complementares, como foi o caso dos planos de saúde e da previdência

¹⁵ “A LOPS, apesar de estabelecer a uniformização dos planos de benefícios, manteve intacta a estrutura fragmentada do sistema, com um caráter excludente, principalmente em relação aos trabalhadores rurais” (SILVA e COSTA, 2016, p. 166).

¹⁶ Segundo Mota (2009, p. 93-94), “a medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966.”

¹⁷ Como por exemplo a construção da ponte Rio-Niterói, da hidrelétrica de Itaipu e da rodovia Transamazônica (MEDGRUPO, 2018).

complementar. Essa iniciativa fragmentou a proteção coletiva dos trabalhadores, estabelecendo os meios para implementar um modelo de proteção social composto pelos serviços próprios das empresas, pelos seguros sociais privados e oferecidos pelos bancos e pelos serviços públicos.

Com a falência do INPS o Governo Militar criou o Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS em 1977, como forma de tentar resolver o problema que havia se instalado. Contudo, os problemas de desvio de dinheiro, corrupção, aumento dos privilégios ao setor privado através de empréstimos advindos do dinheiro público levaram o INAMPS ao mesmo fim do INPS (MENICUCCI, 2014; SILVA e COSTA, 2016; MEDGRUPO, 2018).

Essa ampliação da cobertura das políticas sociais¹⁸, mesmo que precárias¹⁹, em detrimento aos direitos políticos e civis no período ditatorial, aliada aos problemas vinculados à falência da Previdência Social ampliou a insatisfação da população, em especial da classe trabalhadora e dos setores ligados à saúde.

A partir do final da década de 1970, devido a conjuntura instalada os setores da sociedade juntamente com os movimentos sociais e sindicais começaram a se organizar em busca de mudanças à realidade. A luta pela redemocratização aliada a necessidade de melhorias no sistema falido da previdência e saúde propiciaram a união desses setores, surgindo assim um grande projeto de política de saúde, ou ainda, a Reforma Sanitária (CAMPOS, 2006; MENICUCCI, 2014).

É importante salientar que nesse período a conjuntura mundial apontava para um processo de expansão da cobertura assistencial e principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde, em atendimento às proposições formuladas pela OMS na Conferência de Alma-Ata em 1978, que preconizava “Saúde para Todos no Ano 2000”, como salienta Kemper et al. (2018, p. 2):

¹⁸ “O bloco de poder instalado no aparelho estatal em 1964, não conseguindo, ao longo de dez anos, consolidar a sua hegemonia, precisou gradualmente modificar a sua relação com a sociedade civil. Houve a necessidade de estabelecer novos canais de mediação, que legitimassem a dominação burguesa e suas consequências políticas, econômicas e sociais. A política social, no período de 1974 a 1979, teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da “questão social”, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares” (MOTA, 2009, p. 94).

¹⁹ Segundo Behring e Boschetti (2011, p. 137), “no mesmo passo em que se impulsionavam políticas públicas mesmo restritas quanto ao acesso, como estratégia de busca de legitimidade, a ditadura militar abria espaços para a saúde, a previdência e a educação privadas, configurando um sistema dual de acesso às políticas sociais: para quem pode e para quem não pode pagar. Essa é uma das principais heranças do regime militar para a política social e que nos aproxima mais do sistema norte-americano de proteção social que do *Welfare State* europeu”.

A busca por medidas que possam superar as barreiras à universalização segue acompanhando o SUS e os sistemas de saúde de outros países em desenvolvimento. Paralelamente a esses esforços, os encontros mundiais de chefes de Estado vêm produzindo acordos e declarações internacionais que se constituem em compromissos políticos assumidos pelos países e servem como referência para nortear as mudanças nos sistemas de saúde. O documento mais simbólico nesse sentido, sempre atual, foi a Declaração de Alma-Ata, de 1978, que reforça que os cuidados primários de saúde são a chave para atingir a meta da saúde para todos, como parte do desenvolvimento e da justiça social.

Com grande participação popular e de movimentos sindicais a “saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia” (BRAVO, 2009, p. 95).

A autora ressalta que, os atores sociais que mais se destacaram durante a construção do movimento sanitário foram os profissionais de saúde, através de suas entidades, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde²⁰ (CEBES), servindo de veículo de divulgação e de debate em torno da saúde e democracia, os partidos políticos de oposição, que levaram debates ao Congresso na tentativa de ampliar a discussão acerca da política do setor, e os movimentos sociais urbanos que através de eventos articulavam com outras entidades da sociedade civil ampliando ainda mais o acesso ao conhecimento sobre o projeto que se delineava.

Menicucci (2014) cita ainda outros atores importantes na trajetória de construção do movimento sanitarista a exemplo da categoria médica e de suas associações, bem como o movimento popular em saúde e o apoio da Igreja por meio das comunidades eclesiais de base. Ainda segundo Campos (2006, p. 139):

O movimento sanitário brasileiro organizou-se a partir de setores da classe média. [...] [e] Foi composto por militantes oriundos de várias profissões e com distintas orientações políticas, mas que, em comum, tinham na militância em saúde uma forma de construir significado para suas próprias vidas.

A proposta de Reforma Sanitária tinha como objetivos universalizar o direito à saúde, promover a descentralização administrativa, integrar as ações curativas preventivas e promover a participação e o controle social, como confirma Bravo (2009, p. 96):

²⁰ De acordo com Paiva e Teixeira (2014), em julho de 1976, um grupo de sanitaristas da Universidade de São Paulo, com o objetivo principal de editar um periódico especializado, instituiu o Cebes. A partir daí *Saúde em Debate* [grifo dos autores] tornar-se-ia um dos principais veículos de difusão do ideário do movimento, e o Cebes, uma de suas referências como entidade da sociedade civil.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.

Em uma articulação bem diversa em comparação com as anteriores, a construção da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi essencial no que diz respeito a organização e ampliação dos debates em torno da necessidade de uma política pública de saúde, e a importância desta ser tratada enquanto direito do cidadão e dever do Estado (BRAVO e MATOS, 2009; PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

Realizada em 1986, a VIII CNS simboliza o marco em que a questão da saúde torna-se objeto de interesse de toda sociedade, ultrapassando os limites institucionais e corporativos com propostas, pela primeira vez, universalistas e igualitárias a exemplo da criação do Sistema Único de Saúde - SUS, sobretudo, para além disso, a proposição da Reforma Sanitária brasileira (BRAVO, 2009; MENICUCCI, 2014).

Com as propostas da VIII Conferência em ação e a efervescência dos movimentos sociais em torno da luta pela constituinte dá-se em 1987 a criação do Sistema Único e Descentralizado da Saúde - SUDS, que tinha como objetivo retirar o poder centralizador do Governo Federal e unificar os sistemas (Ministério da Saúde, INAMPS, Ministério da Previdência e Assistência Social). O SUDS assume princípios como a equidade no acesso aos serviços, a descentralização, a regionalização dos serviços, a integralidade dos cuidados em saúde e a universalização (SOUZA, 2002).

Contudo, com a promulgação da nova Constituição Federal em 1988 a Saúde, a Previdência Social e a Assistência Social finalmente obtêm o status de direitos do cidadão e dever do Estado em garanti-las, além de tornassem de fato políticas sociais, integrando o chamado “tripé” da Seguridade Social. A Saúde sendo universal, a Previdência sendo contributiva e a Assistência Social ofertada a quem dela necessitar, ou seja, criteriosa (BOSCHETTI, 2009).

Isto posto, compreendemos que devido sua trajetória a Seguridade Social brasileira acaba incorporando características dos modelos bismarckiano e beveridgiano ficando deste modo entre o seguro social e a assistência e com o status de direito. Há enfim o início de um novo e ampliado sistema de saúde no Brasil, a saber, o SUS.

2.2.2 SUS e população em situação de rua: o protagonismo do território na Estratégia de Saúde da Família

A década de 1990 caracterizou-se por um forte ataque às garantias constitucionais, principalmente no tocante aos direitos sociais, em decorrência da contrarreforma do Estado pautada na política de ajuste neoliberal que adota um modelo de favorecimento do mercado e da redução das responsabilidades do Estado em relação às demandas do trabalho (BEHRING, 2008).

No âmbito da política de saúde, essa ideologia neoliberal influenciou diretamente na adoção de medidas pautadas na redução de financiamento que prejudicaram, conseqüentemente, os mecanismos de garantia dos direitos conquistados na CF/88.

Desse modo, evidencia-se que a política de saúde brasileira passou a sofrer fortes determinações da política econômica através da adoção e implementação de medidas orientadas por organismos internacionais, estes que contribuem para a vinculação da saúde ao mercado com ênfase na expansão dos planos privados de saúde e nas parcerias com a sociedade (BRAVO, 2009).

O artigo 196 da CF/88 garante a todos os brasileiros o direito à saúde pública, universal e igualitária. A implementação do SUS no ano de 1990 com a Lei 8.080, no intuito de concretizar a saúde como direito fundamental de todo cidadão e dever do Estado, trouxe princípios que se relacionam e se complementam: integralidade, equidade, universalidade, descentralização, hierarquização e participação social.

Na *integralidade*, é dada ênfase às ações preventivas juntamente com a proteção e a promoção da saúde em igual importância, assegurando uma articulação da saúde com outras políticas; a *equidade*, que permite que regiões diferentes sejam tratadas de formas diferentes levando em consideração seus próprios problemas de saúde, assim como os usuários também recebam cuidados diferentes a depender de suas particularidades buscando diminuir assim as desigualdades; a *universalidade*, que prega o acesso à saúde a todos e nos vários níveis de assistência; a *descentralização*, que permite a redistribuição de poder e igual responsabilidade ao três entes federados, bem como maior autonomia quanto a organização da estrutura em saúde; a *hierarquização*, que organiza os serviços em diferentes níveis de atenção levando em conta as particularidades regionais e suas interferências no acesso aos serviços; e, por fim, a *participação social*, contemplada na criação das Conferências e Conselhos de saúde, visando

que a população avalie, controle e execute junto ao Poder Público a política de saúde (BRASIL, 1990).

Contudo, quando pensamos na população em situação de rua e sua relação com o acesso a este serviço temos o dever de analisar o máximo de elementos que estejam vinculados a estes usuários e suas trajetórias. No que diz respeito a esse grupo social há uma característica que os vincula ao território. Sabemos que a PSR é marcada por ocupar diversos territórios e por construir sua identidade também mediante sua vivência nesses espaços.

Segundo Haesbaert (2004, apud OLIVEIRA, 2014, p. 57) o território pode ser compreendido como um conceito amplo, com diferentes interpretações nas áreas do conhecimento:

[O território] para os geógrafos, a ênfase dada é a materialidade do conceito, em suas múltiplas dimensões; para a Ciência Política, a centralidade das análises são as relações de poder que o constroem; no que concerne à Antropologia, a base de interpretação é o simbólico, o cultural; para a Sociologia, o território é interpretado a partir de sua intervenção nas relações sociais; e por fim a Psicologia percebe-o a partir da subjetividade ou identidade individual do homem.

Todavia, neste trabalho adotaremos o conceito de território definido pelo Ministério da Saúde que o define como um “espaço geográfico, histórico, cultural, social e econômico que é construído coletivamente e de forma dinâmica por uma série de sujeitos e instituições que aí se localizam e circulam” (BRASIL, 2009b, p. 8).

Assim, o território deve ser entendido como espaço que também produz saúde e/ou doença e que engloba uma gama de características compostas por elementos e identidades de pessoas e comunidades que ali se encontram. No caso da PSR esse espaço está mais intimamente relacionado quando pensamos que estas pessoas utilizam a rua como principal lugar de sobrevivência e de construção de sua identidade.

Devemos lembrar também que esse grupo populacional transita constantemente entre esses territórios e muitas vezes migram por causa da violência ou da “limpeza social” feita pelo próprio Estado na figura dos gestores municipais, como confirmam Yasui, Luzio e Amarante (2018, p. 179-80):

Os espaços urbanos também são marcados por uma divisão, setorização e hierarquização que estabelece fronteiras invisíveis, delimitando quem pode ou não circular. Um exemplo disto é o que tem sido nomeado como gentrificação, processo resultante da chamada revitalização ou reurbanização

de determinados espaços urbanos degradados. Tais alterações do espaço valorizam a região e expulsam a população de baixa renda local para outras áreas, geralmente mais distantes. Para Gaffney (2013), as gentrificações estabelecem padrões socioespaciais que podem ser entendidos como uma característica do neocolonialismo: adequação espacial para estimular fluxos globais do capital, ou seja, uma “limpeza” do espaço urbano para uma recolocação no mercado. A consequência é a homogeneização de paisagens ao redor do mundo, de modo a reproduzir um processo de familiaridades psicoespaciais.

Sabemos ainda que as pessoas que se encontram em situação de rua, por estarem mais expostas aos perigos da rua estão mais propícias ao uso de substâncias, produtos ou drogas que causam dependência e maiores riscos de saúde (BRASIL, 2005c).

Logo, o território se torna central na abordagem da Atenção Básica uma vez que é de responsabilidade das equipes de Saúde da Família (eSF) desenvolver ações que respondam às necessidades de saúde da comunidade que está vinculada ao território, não se excluindo aí os grupos mais vulneráveis (BRASIL, 2009b).

As eSF surgiram com a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Criada com objetivo de reorganizar a Atenção Básica a partir dos princípios do SUS, a Estratégia Saúde da Família só foi possível graças a exitosa experiência anterior feita na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2010).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) havia sido implementado em 1991 com o objetivo de trabalhar a promoção e prevenção da saúde na Atenção Primária, através do desenvolvimento de ações feitas junto às famílias por pessoas da própria comunidade, capacitadas por profissionais de saúde, que posteriormente seriam denominadas de agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2010).

[...] Uma experiência bem estruturada foi desenvolvida na cidade satélite de Planaltina, que possuía a maior área rural do DF, a sua população apresentava condições socio sanitárias mais difíceis, e também era atendida na UISS [Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho]. Essa cidade satélite dispunha de um centro de saúde, dirigido pelo Dr. Átila Carvalho, e um Centro de Desenvolvimento Social, coordenado pela assistente social Miria Lavor, que participava das atividades em Sobradinho. [...] Os auxiliares de saúde, embriões dos futuros agentes comunitários de saúde, foram capacitados pelo Serviço Social para as atividades junto às famílias. Com os médicos e enfermeiros, aprenderam os conhecimentos de saúde, dirigidos principalmente para as mães e as crianças, que passaram a frequentar regularmente os serviços de pré-natal e puericultura. O fluxo de crianças à emergência hospitalar diminuiu muito, e caiu a mortalidade infantil. Esse trabalho foi realizado de 1974 a 1978. [...] Em 1987, ao implantarmos o SUDS no Estado, contratamos, durante um ano, seis mil mulheres entre as

mais pobres para trabalharem como agentes de saúde, novo nome para aquelas auxiliares. O sucesso na redução da mortalidade infantil, que sempre se agravava em anos de seca como aquele de 1987, tornou permanente o programa emergencial. As avaliações coordenadas pelos professores Cecília Minayo e César Victora e as observações do próprio Ministério da Saúde levaram este a adotar o programa para os demais Estados nordestinos em 1991 e, posteriormente, para todo o País. Os agentes são novamente rebatizados e constituem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (BRASIL, 2010, p. 17-18).

Com o êxito do PACS, em 1993²¹ é criado o Programa de Saúde da Família (PSF) que assim como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde nasce da necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde no Brasil, em especial àqueles municípios mais vulneráveis e com menos acesso às políticas públicas (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2000; BRASIL, 2010).

O PSF, como parte das novas ações e “estratégia” da Atenção Primária na política de saúde brasileira, traz consigo novos parâmetros voltados à reorganização e reformulação dos programas e investimentos públicos destinados à Atenção Básica, através da implantação de equipes multiprofissionais - equipes de Saúde da Família - que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo responsáveis por um número determinado de famílias em uma área delimitada (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2000; ESCOREL et. al., 2007).

A ESF ao incorporar os princípios do SUS e desenvolver atendimentos com foco na abordagem coletiva, humanização, família e comunidade se consolida como parte estruturante e essencial da promoção, prevenção e proteção da saúde, elementos essenciais para promover melhor qualidade de vida à população bem como amenizar a necessidade de acesso a Atenção Terciária, como confirma o Departamento de Atenção Básica (2000, p. 316):

Ao longo dos anos, diversas pesquisas indicaram que unidades básicas de saúde, funcionando adequadamente, de forma resolutive, oportuna e humanizada, são capazes de resolver, com qualidade, cerca de 85% dos problemas de saúde da população. O restante das pessoas precisará, em parte, de atendimento em ambulatorios de especialidades e apenas um pequeno número necessitará de atendimento hospitalar.

A criação de vínculos, assim como a continuidade e o acompanhamento no atendimento prestado à comunidade também são partes importantes do trabalho feito pela ESF e suas equipes. Estas, segundo o inciso I da Política Nacional de Atenção Básica -

²¹ Alguns autores como Escorel et. al. (2007) consideram o ano de 1994 como o ano de criação do PSF no Brasil.

Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 - no item que trata das Especificidades da equipe de Saúde da Família, deverão ser responsáveis por um território de referência e serem compostas por:

[...] no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal; [...]. (BRASIL, 2012c, p. 55).

Ainda de acordo com o inciso III da PNAB, no mesmo item, a eSF “deverá ser responsável por no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para esta definição”. (BRASIL, 2012c, p. 55).

Passamos então a compreender que o território é algo que existe e se constrói nas mais diversas escalas espaciais e temporais podendo, além disto, ter caráter permanente, periódico ou cíclico (OLIVEIRA, 2014).

Consequentemente, o mapeamento de um território e a avaliação dos riscos e das vulnerabilidades de uma população adstrita servem para a construção de linhas de cuidado pela eSF a fim de atender aos problemas dos usuários. A equipe envolvida adquire e compartilha conhecimentos e habilidades que ajudarão na realização de estratégias de promoção, prevenção, acompanhamento e reabilitação da saúde do paciente necessitado (BRASIL, 2012c).

Assim, partindo dessa premissa, a articulação dos serviços em Rede colabora no desenvolvimento e fortalecimento de estratégias para o enfrentamento às questões de ordem social bem como de saúde relacionadas com os grupos sociais mais vulneráveis, como veremos a seguir.

2.2.3 Atenção Básica e a Rede de Atenção Psicossocial: a importância do Consultório na Rua

O SUS é organizado através de três níveis de assistência: a Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica, a Atenção Secundária e a Atenção Terciária.

O Art. 2º da Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a PNAB estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS, estabelece que:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017, n.p).

Logo, a mesma Portaria estabelece que essa deve ser a porta de entrada prioritária de acesso ao SUS. As UBS's, os NASF's (Núcleo Ampliado de Saúde da Família) e as USF's (Unidade de Saúde da Família) por exemplo, compõem os locais de referência na Atenção Básica.

No âmbito do SUS, as Atenções Secundária e Terciária ficam responsáveis pela oferta de serviços especializados, prestando atendimento às necessidades de média e alta complexidade, respectivamente. Como exemplo de Atenção Secundária temos as UPA's – Unidade de Pronto Atendimento e o SAMU - Serviço de Atendimento Móvel às Urgências, que realiza atendimentos de urgência e emergência. Já na Atenção Terciária podemos citar os Hospitais de Clínicas, Hospitais Gerais e Hospitais Universitários.

À vista disso, com base no princípio do acesso universal à saúde bem como no princípio da equidade o SUS mapeia as estruturas de interconexão entre as pessoas e os serviços de saúde facilitando o acesso do usuário a esse Sistema. Para que os serviços sejam acessíveis a todos o planejamento em saúde precisa conhecer e priorizar a distribuição da sua população desde o nível local ao nacional. No tocante a PSR a construção de linhas de cuidado em saúde na Atenção Básica se dá, por exemplo, mediante a implementação das equipes de Consultório na Rua (eCR) (BRASIL, 2012c).

Seguindo a orientação dada pela PNAB, bem como visando a necessidade de integração intersetorial entre a política de saúde e as demais políticas públicas, e, no intuito de responder às demandas propostas pelo Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPSR) que clamava a necessidade de um serviço destinado a atender as especificidades dessa população, são instituídas as eCR através da Portaria N° 122, de 25 de janeiro de 2011 (BRASIL, 2012c).

Estas equipes foram criadas com o objetivo de serem a porta de entrada prioritária na Atenção Básica quando se trata da PSR. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a), até o ano de 2014 havia um total de 101 (cento e um) Consultórios na Rua em funcionamento no Brasil.

Autores como Londero, Ceccim e Bilibio (2014) e Santana (2014), explicam em suas análises que até o ano de 2012 o então chamado Consultório “de” Rua estava vinculado à Política Nacional de Saúde Mental. Com o referido serviço ficando sob responsabilidade da PNAB a partir de 2013, houve a mudança de nomenclatura para o então Consultório “na” Rua. Essa alteração não se deu somente semanticamente, mas principalmente foi necessária visto que houve uma ampliação do atendimento e a inserção das eSF no cuidado à população em situação de rua.

Com essa reorganização e com a construção permanente nos territórios houve a organização dos serviços em rede e a atenção à saúde se tornou regionalizada, garantindo a integralidade do cuidado e tendo a Atenção Básica como centro de comunicação (BRASIL, 2014a).

Logo, buscando a integralidade no cuidado e seguindo as orientações da PNAB o Ministério da Saúde organizou as redes de Atenção à Saúde da seguinte forma: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Quando falamos em população em situação de rua a rede responsável é a Rede de Atenção Psicossocial²². (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2014a).

A Rede de Atenção Psicossocial foi instituída pela Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, e, no âmbito do SUS, tem como foco o atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. As diretrizes desta rede caminham em direção ao respeito pelos direitos humanos, ao combate aos estigmas e preconceitos, à atenção humanizada, à promoção da equidade e ao atendimento integral desenvolvido a partir de estratégias de Redução de Danos sociais e à saúde (BRASIL, 2011d; BRASIL, 2012b).

A estratégia de Redução de Danos surge como peça importante e diferencial na maneira de olhar o tratamento das pessoas que possuem algum tipo de dependência. Assim,

²² Contudo, devemos lembrar que a responsabilidade pelo cuidado em saúde de todo e qualquer cidadão brasileiro é do Estado. Logo, a PSR também é responsabilidade de todo e qualquer profissional do SUS, especialmente aqueles inseridos na Atenção Básica (BRASIL, 2012c).

em conformidade com o Art. 2º da Portaria N° 1.028, de 1º de julho de 2005, a Redução de Danos desenvolve-se:

[...] por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo. (BRASIL, 2005c, n.p).

Ainda de acordo com a Portaria N° 3.088/11, a Rede de Atenção Psicossocial tem os objetivos de ampliar, promover e garantir o acesso à integralidade no cuidado no território bem como prevenir, promover a reabilitação e reduzir os agravos provocados pelo consumo de drogas especialmente pelos grupos mais vulneráveis como crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas (BRASIL, 2011d; BRASIL, 2012b).

Sabendo disto, o Art. 5º da supramencionada Portaria traz como componentes da Rede de Atenção Psicossocial a seguinte formação:

- I - Atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade Básica de Saúde; b) equipe de atenção básica para populações específicas: 1. Equipe de Consultório na Rua; e, 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; c) Centros de Convivência;
- II - Atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;
- III - Atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;
- IV - Atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade de Recolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;
- V - Atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) enfermaria especializada em Hospital Geral; b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- VI - Estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção: a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e
- VII - reabilitação psicossocial. (BRASIL, 2011d, n.p).

Com isso, temos a Rede de Atenção Psicossocial desenvolvendo ações através da chamada Redução de Danos “buscando atuar frente aos diferentes problemas e necessidades

de saúde da população em situação de rua, inclusive na busca ativa e cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas” (BRASIL, 2012b).

Como já mencionado, as equipes do Consultório na Rua surgem como porta de entrada à Atenção Básica, exigindo a articulação dos serviços em rede e a integração entre os vários níveis de assistência.

Posto isso, a Portaria N° 122/11 designa que as eCR deverão realizar suas atividades de forma itinerante, principalmente nas ruas, buscando sempre que necessário o apoio das eSF nas UBS para que assim o trabalho seja realizado de forma compartilhada e integrada.

Além do apoio nas UBS os Consultórios na rua podem (e devem) realizar atividades associados aos NASF's, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ao Centro POP ou qualquer outra instituição do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), aos serviços de Urgência e Emergência e a qualquer estabelecimento público, sempre levando em consideração as necessidades do usuário (BRASIL, 2012c).

Os rótulos e estigmas da população em situação de rua precisam ser resinificados para não haver preconceito e exclusão. A sociedade é marcada por uma relativa hostilidade de forma tal que essas pessoas passam a ser vistas como pessoas que não têm direito a ter direitos. Essa situação é especialmente grave se consideramos que a pessoa em situação de rua está exposta, na verdade, a riscos de saúde mais elevados se comparados com o restante da população.

Pensando nessa problemática, abordaremos a seguir como a Política Nacional de Assistência Social e como a construção da Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua foram fundamentais na garantia dos direitos e na articulação com as demais políticas e instituições voltadas ao atendimento desse público.

2.3 SUAS E OS INVISÍVEIS DA RUA: a construção dos primeiros aportes legais relacionados aos sujeitos em situação de rua na Assistência Social

Como já mencionado, é no processo histórico de desenvolvimento do modo de produção capitalista que estão postas as bases para a organização da sociedade e da distribuição da riqueza gerada. Nesse processo, a prioridade dada ao lucro reflete na organização do trabalho e na constituição dos sujeitos e grupos sociais.

Posto isso, o desenvolvimento das cidades e o crescente contingente de pessoas, muitas advindas do êxodo rural²³ nos grandes centros urbanos nas primeiras décadas do século XX no momento de industrialização e modernização do Brasil, trazem à tona ainda hoje os reflexos de como esse modo de produção conduz o sistema político, econômico e social no país.

As constantes crises cíclicas do capital atreladas ao processo de globalização dada à maneira como o modo de produção capitalista tenta resolvê-las contribuem para o agravamento da “questão social” como a exemplo do aumento do desemprego, o corte estrutural nas políticas sociais e a extrema desigualdade social, como supramencionado.

Com isso, o exército industrial de reserva cunhado pelo capitalismo através do contingente de trabalhadores desempregados foi de fundamental importância no aumento de pessoas que passaram a buscar a rua como espaço de moradia e forma de sobrevivência, acarretando assim no aumento de pessoas vivendo em situação de rua no país (BRASIL, 2011a).

Logo, a maneira que o MPC e o Estado responderam as demandas impostas pela classe trabalhadora se deu através das políticas sociais. Estas, como já mencionado, surgem como forma de concretizar direitos da população e diminuir a desigualdade social que assola os mais vulneráveis. (VIEIRA, 2004; BEHRING e BOSCHETTI, 2011).

Em consequência disso, temos pós década de 1980 no Brasil a conquista de várias políticas públicas na tentativa de dirimir os problemas sociais consequentes do MPC a exemplo do tripé da Seguridade Social formada pelas políticas de previdência social, saúde e assistência social.

Assim sendo, discutiremos a seguir como a política de assistência social contempla os direitos da população em situação de rua.

Sabemos que através do processo de redemocratização do país mediante lutas e organização da sociedade civil em prol da constituinte de 1988 são formadas as bases para a organização dos primeiros movimentos sociais em defesa da população em situação de rua, que desde então ficava de responsabilidade das práticas caritativas e assistencialistas dadas principalmente pela Igreja.

As frequentes dificuldades vivenciadas por essas pessoas [as pessoas em situação de rua] os motivaram a buscar parcerias na rua desencadeando o movimento social, tornando maior a força dessa população para

²³Cf. Pereira (2008, p 56-57).

reivindicações. Depois de anos de luta, os movimentos sociais e populares conseguiram aporte legal na Constituição Federal de 1988 para assistência social. Isso os elevou à condição de política pública, que compõe as políticas sociais da seguridade social. Hoje a população em situação de rua discute suas questões por meio de fóruns compostos por entidades que trabalham com esse grupo populacional e movimentos organizados por eles próprios e ainda realizam suas reivindicações prioritárias tendo como temas os direitos sociais, a segurança, a moradia, o trabalho, a saúde entre outros, no Dia Nacional de Luta do Povo de Rua conhecido pelo Grito dos Excluídos. (CANÔNICO et. al. 2007, p. 801).

Como supracitado, Canônico et al. (2007) mostram que a Política de Assistência Social toma força devido a luta dos movimentos sociais e populares para enfim sair do papel. No Brasil, historicamente o desenvolvimento do que hoje conhecemos como política de Assistência Social esteve vinculado ao assistencialismo, às práticas caritativas da Igreja e a ausência de responsabilidade do Estado.

Ao fazermos uma retrospectiva nos fatos concernentes ao social, podemos perceber que a origem da assistência social no Brasil e no mundo, tem suas raízes na caridade, na filantropia e na solidariedade religiosa. Sendo que tais práticas compreendiam ações paternalistas e/ou clientelistas do poder público, favores concedidos aos indivíduos, pressupondo que tais pessoas atendidas eram favorecidas e não cidadãos ou usuários de um serviço ao qual tinham direito. Portanto, a assistência confundia-se com a benesse, ou seja, ajuda aos pobres e necessitados, configurando-se mais como uma prática do que como uma política. (SANTANA, SANTOS da SILVA e SOUZA da SILVA, 2013, n.p.).

Contudo, depois de um processo dificultoso e gradual esta política pública rompeu com tais práticas, ainda que não tenha se desvincilhado necessariamente no imaginário popular.

Mesmo configurada e implementada como política pública ainda em 1988 com a nova Constituinte, a Assistência Social só é ratificada com a implementação da Lei Orgânica da Assistência Social. A LOAS - Lei 8.742 de 7 de dezembro de 1993 - assegura em seu Art. 1º que:

A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. (BRASIL, 2009d).

Logo, trata-se de uma política pública voltada em especial àqueles que mais dela necessitar caracterizando-se assim por ser focalista e seletiva, diferentemente da política pública de saúde que é universal. Ainda assim, é uma política de extrema importância para o desenvolvimento social, mesmo que não resolva os problemas em suas origens.

Ora, sabemos que as políticas sociais, ainda que essenciais, não resolvem a problemática da “questão social” tendo em vista ser um produto, ainda que demandado pela classe trabalhadora, essencialmente usado na garantia da continuidade do modo de produção capitalista (VIEIRA, 2004; BEHRING e BOSCHETTI, 2011).

Contudo, quando analisamos do ponto de vista da classe trabalhadora, em especial das necessidades da PSR, se torna relevante e essencial no processo de constituição dos aportes legais que hoje resguardam os direitos dos grupos mais necessitados.

Após a LOAS, apenas em 2004, é criada a Política Nacional de Assistência Social a partir da construção de suas diretrizes na IV Conferência Nacional de Assistência Social realizada em 2003. Esta Conferência foi de suma importância para que em 2005 também fosse criado o Sistema Único de Assistência Social, que reorganizou e reestruturou tal política trazendo a descentralização e a participação como elementos essenciais na sua ampliação. (BRASIL, 2009e).

O SUAS é fruto de um acordo federativo entre as três instâncias de governo (federal, estaduais e municipais) a fim de promover uma gestão descentralizada no que toca o financiamento e monitoramento dos serviços socioassistenciais. Tendo como ponto de partida para sua implementação a Norma Operacional Básica (NOB/SUAS), aprovada pelo CNAS - Resolução nº 130 de 15/10/05. Tem como características principais a proteção social, a defesa de direitos socioassistenciais e a vigilância social, atribuindo a política em questão uma nova lógica de organização das ações, classificadas em níveis de complexidade, considerando as peculiaridades territoriais e regionais. Tal ação visa viabilizar um sistema participativo e descentralizado como forma de materializar a LOAS, tendo como finalidade garantir os princípios previstos pela Política de Assistência Social. (SANTANA, SANTOS da SILVA e SOUZA da SILVA, 2013, n.p.).

Vimos então que a Assistência Social enquanto política pública foi fruto das reivindicações e manifestações da classe trabalhadora e que a mesma trouxe diretrizes essenciais para a inclusão social de inúmeros cidadãos brasileiros que até então não tinham nem sequer acesso aos mínimos sociais básicos.

Com a população em situação de rua não foi diferente. Apesar das lutas travadas pelos sujeitos de rua em torno de seu reconhecimento enquanto cidadãos de direito ainda na década

de 1980, somente com a implementação da PNAS é que os direitos sociais lhe foram em parte garantidos. Em parte, porque há muito que avançar.

Ao averiguarmos veremos que tardiamente, apenas a partir do governo do presidente Lula com a aprovação da PNAS em 2004, é que à população em situação de rua passou a ser assegurada a cobertura pelos serviços socioassistenciais²⁴:

[...] essa política inaugura uma outra perspectiva de análise ao tornar visíveis aqueles setores da sociedade brasileira tradicionalmente tidos como invisíveis ou excluídos das estatísticas – população em situação de rua, adolescentes em conflito com a lei, indígenas, quilombolas, idosos, pessoas com deficiência. (BRASIL, 2005b, p. 16).

A Assistência Social por sua vez está inserida no âmbito do SUAS. Este, através da Proteção Social garante a inclusão de todas as pessoas que se encontram em vulnerabilidade social e/ou situação de risco. A Proteção Social se organiza em duas: Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE)²⁵. (BRASIL, 2005a).

A primeira se encarrega da prevenção de situações de risco daqueles indivíduos e famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, carência de serviços públicos e/ou fragilização de vínculos familiares, ou seja, os vínculos afetivos ainda não foram totalmente quebrados. Na PSB os serviços são executados através dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e outras instituições públicas abrangidas pelo mesmo.

Já a Proteção Social Especial fica responsável pelas:

[...]famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras. São serviços que requerem acompanhamento individual e maior flexibilidade nas soluções protetivas. (BRASIL, 2009e, p. 37).

Logo, a população em situação de rua se insere na PSE, cujos serviços estão voltados para o acompanhamento individual, muitas vezes necessitando de medidas protetivas que garantam a integralidade do usuário visto que já houve o rompimento dos vínculos afetivos e

²⁴ No SUAS, os serviços socioassistenciais são sistematizados de acordo com as seguintes referências: proteção social, vigilância social e, defesa social e institucional. (BRASIL, 2009e).

²⁵ Esta ainda se subdivide em Proteção Social Especial de Média Complexidade e Proteção Social Especial de Alta Complexidade. (Ibid.).

a violação dos direitos. Aqui, os serviços são oferecidos através dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) e outras instituições públicas que coadunam com o mesmo objetivo.

Os serviços de proteção especial têm interface com o sistema de garantia de direito exigindo, muitas vezes, uma gestão mais complexa e compartilhada com o Poder Judiciário, Ministério Público e outros órgãos e ações do Executivo [...]. No caso da proteção social especial, à população em situação de rua serão priorizados os serviços que possibilitem a organização de um novo projeto de vida, visando criar condições para adquirirem referências na sociedade brasileira, enquanto sujeitos de direito. (BRASIL, 2009e, p. 37).

Tratando ainda dos aportes legais que regem os direitos da PSR na Assistência Social temos a alteração no parágrafo único do Art. 23 da LOAS, que foi feita a inclusão da redação dada pela Lei nº 11.258²⁶ de 2005, sobre a obrigatoriedade da existência de programas direcionados à PSR: “Na organização dos serviços da Assistência Social serão criados programas de amparo: [...] II - às pessoas que vivem em situação de rua” (BRASIL, 2009d, p. 24).

A partir de então foi realizado em 2005 o I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua que teve o objetivo de:

[...] discutir os desafios e estratégias para a construção das políticas públicas para a população em situação de rua, contando com a participação de representantes de municípios [...] especialistas no tema e representantes das Secretarias do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (BRASIL, 2006b, p. 7).

Esse Encontro foi de extrema relevância para a constituição no ano seguinte do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) criado pelo Decreto s/nº, de 25 de outubro de 2006, que tem por finalidade “elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão social da população em situação de rua”. (BRASIL, 2006a, n.p.). Este, decreta ainda em seu Art. 1º, Parágrafo único que:

Os estudos e propostas de políticas públicas de que trata o caput devem primar pela ação intersetorial entre as políticas de assistência social, saúde,

²⁶ Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua.

educação, habitação, trabalho e renda, cultura e garantia de direitos humanos. (BRASIL, 2006a, n.p.).

Como já mencionado, em 2007 e 2008 o MDS realizou a primeira Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua²⁷. A pesquisa constatou que 31.922 adultos viviam em situação de rua nos 48 municípios e 23 capitais pesquisados. Entretanto, esse número não pode ser considerado exato uma vez que municípios como São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre não participaram do estudo²⁸ (BRASIL, 2008a).

A partir disso, no ano seguinte, em 2009 foi realizado o II Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua que aprovou a criação de uma Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua voltada a esse grupo social, e, também:

[...] as diretrizes como a formulação e implementação de políticas públicas acessíveis de saúde, educação, habitação, lazer e cultura, respeitando a diversidade humana em suas diferentes expressões, o incentivo à organização política da população em situação de rua e a criação de uma Secretaria Especial de Promoção da Política Nacional de Inclusão da População em Situação de Rua. (BRASIL, 2009a, s/p).

A implementação desta Política foi um marco no que diz respeito ao compromisso do Estado com essa parcela da sociedade que historicamente foi negligenciada. A organização dos movimentos sociais e da sociedade civil teve papel fundamental para que a implementação da mesma acontecesse (BRASIL, 2011a).

A PNISPSR passa então a orientar a construção, bem como executar as políticas voltadas ao atendimento desses sujeitos. A mesma estabelece como função recompor as relações familiares e/ou afetivas fragilizadas que em grande parte acabam contribuindo para a violação de direitos. Assim, os princípios que norteiam a PNISPSR dizem respeito a:

I - Promoção e garantia da cidadania e dos direitos humanos; II - Respeito à dignidade do ser humano, sujeito de direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais; III - Direito ao usufruto, permanência, acolhida e inserção na cidade; IV - Não-discriminação por motivo de gênero, orientação

²⁷ “A população em situação de rua não é incluída nos censos demográficos brasileiros, e de outros países, fundamentalmente porque a coleta de dados dos censos é de base domiciliar”. (BRASIL, 2008a, p. 3).

²⁸ “O público-alvo da pesquisa foi composto por pessoas com 18 anos completos ou mais vivendo em situação de rua. O levantamento abrangeu um conjunto de 71 cidades brasileiras. Desse total, fizeram parte 48 municípios com mais de 300 mil habitantes e 23 capitais, independentemente de seu porte populacional. Entre as capitais brasileiras não foram pesquisadas São Paulo, Belo Horizonte e Recife, que haviam realizado pesquisas semelhantes em anos recentes, e nem Porto Alegre que solicitou sua exclusão da amostra por estar conduzindo uma pesquisa de iniciativa municipal simultaneamente ao estudo contratado pelo MDS”. (BRASIL, 2008a, p. 3).

sexual, origem étnica ou social, nacionalidade, atuação profissional, religião, faixa etária e situação migratória; V - Supressão de todo e qualquer ato violento e ação vexatória, inclusive os estigmas negativos e preconceitos sociais em relação à população em situação de rua. (BRASIL, 2008b, p. 14).

Logo, na PNISPSR há um direcionamento nas ações estratégicas para que estas recubram uma amplitude de serviços relacionados as distintas políticas que são garantidas pela CF/88, a exemplo da assistência social, saúde, educação, segurança alimentar e nutricional, cultura, trabalho e emprego, desenvolvimento urbano e direitos humanos (BRASIL, 2008b). A mesma faz interlocução ainda com o Programa Nacional dos Direitos Humanos (PNDH-3), o qual prevê ações voltadas para:

[...] i) geração de emprego e renda; ii) enfrentamento ao preconceito; iii) garantia de registro civil; iv) acesso a serviços de saúde e a atendimento médico; de programas de reinserção; proteção contra abusos e exploração sexual; v) prevenção à violência contra esse segmento; capacitação de policiais para o atendimento cidadão e não violência em relação à população de rua; vi) punição para policiais que cometam violência contra população em situação de rua e vii) criação de centros de referência e garantia de serviços de acolhimento adequados. (BRASIL, 2011a, p. 22).

Ainda que materializadas tardiamente, as políticas formuladas e desenvolvidas pelo poder público²⁹ no que diz respeito à garantia dos direitos da população em situação de rua foram importantes e resultado da organização de movimentos sociais de luta ligados à defesa dos direitos humanos. O Movimento Nacional da População de Rua³⁰ (MNPR), que se organiza a partir de princípios baseados na “democracia, valorização do coletivo, solidariedade, ética e trabalho de base”, é um exemplo disto. (MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA, 2010).

²⁹ No ano de 2010 o MDS incluiu essa população no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CAD Único), vinculando as ações destinadas a esse grupo através dos serviços socioassistenciais (BRASIL, 2011a).

³⁰ “Em 2004, na cidade de São Paulo, ocorreu a barbárie conhecida como chacina da Praça da Sé. O episódio vitimou fatalmente sete moradores de rua e foi seguido de outros atos semelhantes em vários pontos do País. A partir daí grupos da população de rua em São Paulo e Belo Horizonte iniciaram a mobilização para consolidar o Movimento Nacional da População de Rua. Em setembro de 2005 novamente a história da rua e dos catadores se cruzaram. Convidadas a participar do 4º Festival Lixo e Cidadania, as pessoas em situação de rua de Belo Horizonte mobilizaram outros companheiros do Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia e Cuiabá. Foi neste encontro que houve o lançamento do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), como expressão dessa participação organizada em várias cidades brasileiras. Em 2008, um representante do MNPR entrou para o Conselho Nacional de Assistência Social, sendo o primeiro representante de movimento popular eleito”. (MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA, 2010, p. 29).

E, apesar dos direitos historicamente conquistados nos aportes legais, tratados aqui especificamente nas políticas de saúde e de assistência social, ainda é necessário efetivá-los na prática, pois, a realidade concreta e vivenciada pelo fenômeno população em situação de rua o coloca permanentemente exposto a condições desumanas de sobrevivência como falta de higiene, exposição a doenças, violência nas ruas, desprovimento de alimentos, dentre tantas outras violações

Pensando nisto, traremos a seguir reflexões a respeito de um dos equipamentos sociais destinados ao atendimento especializado da PSR, a saber, o Centro POP e, em seguida, conheceremos os resultados obtidos na pesquisa de campo realizada na referida instituição para conhecer o perfil e entender como a população em situação de rua aracajuana materializa seu direito à saúde.

3. AS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO CENTRO POP E O PERFIL SOCIAL E EM SAÚDE DOS SUJEITOS EM SITUAÇÃO DE RUA ARACAJUANOS

Não poderíamos falar no Centro POP e no Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua ofertado por ele sem antes mencionar a Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, que aprova³¹ a criação da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. Esta, permitiu que os serviços de PSB e PSE se tornassem padronizados em todo o país. (BRASIL, 2014b). Isto posto, foi possível a organização do SUAS por níveis de complexidade alocando os serviços da seguinte forma:

I - Serviços de Proteção Social Básica: a) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); b) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; c) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos.

II - Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade: a) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); b) Serviço Especializado em Abordagem Social; c) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA), e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); d) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias; e) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

III - Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade: a) Serviço de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades: - abrigo institucional; - Casa-Lar; - Casa de Passagem; - Residência Inclusiva. b) Serviço de Acolhimento em República; c) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; d) Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências. (BRASIL, 2014b, p. 5-6, grifo meu).

O Centro POP está inserido, portanto, nos serviços ofertados pela PSE de Média Complexidade. Nela os usuários têm constantemente seus direitos violados e estão mais expostos à violência, discriminação e com escasso ou nenhum acesso ao mercado formal de trabalho, caracterizando-se por ser um serviço “portas abertas”.

No caso das pessoas que se encontram em situação de rua além do Centro POP temos também na PSE de Média Complexidade o “Serviço Especializado em Abordagem Social³²”, que se destina a trabalhar na “abordagem e busca ativa que identifique, nos territórios, a incidência de situações de risco pessoal e social, por violação de direitos como: trabalho

³¹ Aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social no mesmo ano.

³² O serviço poderá ser ofertado pelo Centro POP, CREAS e instituições que estejam relacionadas a este. (BRASIL, 2013a).

infantil, exploração sexual de crianças e adolescentes, situação de rua [...] dentre outras” (BRASIL, 2013a, p. 6).

Isto posto, o trabalho desenvolvido tanto pelo Centro POP quanto pelo Serviço de Abordagem Social está intrinsicamente relacionado com a atuação de profissionais capacitados na realidade destes sujeitos no território³³, com a construção de vínculos e confiança, e com a integralidade e articulação do trabalho em Rede.

Vale ressaltar que, nos municípios onde, em função da demanda, não se justificar a implantação de um Centro POP e, assim, a oferta do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), ofertado no CREAS, poderá promover o acompanhamento especializado a esse segmento, em articulação com o Serviço Especializado em Abordagem Social e os Serviços de Acolhimento. Nesses casos, o CREAS não será substitutivo do trabalho social desenvolvido no Centro POP, mas poderá ofertar acompanhamento especializado, na localidade, às pessoas em situação de rua, visando prevenir agravamentos das situações de risco pessoal e social e possibilitar a construção do processo de saída das ruas, por meio de intervenções em rede. O CREAS e o Centro POP são unidades distintas, devendo funcionar em espaços distintos. (BRASIL, 2011a, p. 40-41).

A partir disso, a presente pesquisa desenvolveu-se tendo os usuários do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua como objeto de pesquisa, utilizando-se do Centro POP como instituição de referência.

Nos dias 05, 08, 09 e 10 de janeiro de 2018 foram realizadas entrevistas com dez usuários (as) do Centro POP-Aracaju. Já nos dias 09 e 10 foi feita entrevista com a coordenadora da referida instituição.

Algumas entrevistas foram gravadas através de um aparelho celular com consentimento dos participantes. Estes foram identificados por siglas e somente as perguntas que lhe causavam conforto eram respondidas. Contudo, para resguardar o sigilo dos usuários participantes ao longo dos resultados iremos identifica-los através de nomes fictícios.

Em Aracaju, o Centro POP está localizado na Rua Laranjeiras, bairro Centro, Nº 984, funcionando das 8:00 da manhã às 18:00 horas. A nova sede, inaugurada em dezembro de 2017, consta com instalações mais amplas e alguns serviços que anteriormente não haviam no endereço antigo. No município, o POP (como é carinhosamente chamado pelos profissionais e

³³ O planejamento das ações das equipes de Abordagem Social é feito de acordo com a dinâmica e características dos territórios. (BRASI, 2013).

usuários) foi inaugurado em 2011³⁴ e representou importante avanço no cuidado com as pessoas em situação de rua.

Segundo a coordenadora do POP-Aracaju, a equipe é composta por cinco assistentes sociais, dois psicólogos, onze educadores sociais (responsáveis por atividades relacionadas ao controle dos serviços como entrega de material de higiene pessoal, acesso a banho, à lavanderia, realização de oficinas, cine-pop, rodas de conversa, realização de passeios externos com os usuários, assembleias, etc.), quatro guardas municipais, três pessoas nos serviços gerais, duas pessoas na parte administrativa e uma pessoa no apoio (responsável por “fiscalizar” vestiários, guarda-volumes, lavanderia).

A oferta do serviço conta com atendimento especializado nas áreas da assistência e da psicologia, encaminhamento para serviços como retirada de documentos, solicitação de benefícios sociais (a exemplo do auxílio moradia), encaminhamento para outras redes de serviços como educação e saúde além de ofertar café da manhã (refeitório), lavanderia, banho, vestiário masculino e feminino, guarda-volumes (com 30 armários), sala de oficina (onde eles leem, dormem, jogam, praticam atividades desenvolvidas pelos educadores sociais), dentre outros. O POP pode ainda ser utilizado como endereço de referência para estes usuários.

Na atenção ofertada no Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua devem ser proporcionadas vivências que favoreçam o alcance da autonomia, estimulando, além disso, a mobilização e a participação social dos usuários. Nessa perspectiva, o Serviço deve oportunizar espaços e atividades que possam efetivamente contribuir para que o Centro POP se constitua como referência no território para o convívio grupal, social e para o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito. Vale destacar que este Serviço se configura como um importante canal para a inserção das pessoas em situação de rua no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, a partir da realização dos encaminhamentos para sua viabilização. Além das providências necessárias à inclusão no Cadastro Único, o Serviço deve dispor de registros próprios dos dados de pessoas em situação de rua, permitindo uma possível localização da/pela família, parentes e pessoas de referência, assim como um melhor desenvolvimento do trabalho social. Quando necessário este Serviço deverá promover também o acesso à documentação pessoal. (BRASIL, 2011a, p. 67-8).

³⁴ Desde sua inauguração em março de 2011, o Centro POP localizava-se na Rua Itabaiana, N° 795, bairro São José, mudando de endereço em dezembro de 2017. Faz-se necessário pontuar que o antigo espaço estava localizado em uma área de classe média mais distante do centro comercial, diferentemente do atual espaço que está inserido em um bairro mais popular e próximo ao centro, ponto de maior permanência dessas pessoas tendo em vista maiores oportunidades de empregos informais.

Ainda em entrevista com a coordenadora do POP, a mesma aponta que a equipe vem notando um aumento nas pessoas que vivem em situação de rua no município de Aracaju devido o processo de migração de pessoas vindas de outras cidades e estados que na busca de emprego acabam ficando desempregadas e por ventura sem dinheiro, precisando então de atendimento no POP.

Ela afirma que este tem sido um público bastante recorrente e o fato do POP ter mudado para um endereço mais central, onde tem mais proximidade com os lugares em que há maior incidência de pessoas vivendo em situação de rua como a proximidade com o Centro de Aracaju e o Mercado Central, levou pessoas que antes não o frequentavam devido à localização passarem a frequentar.

Um desafio atual apontado por ela diz respeito a esse aumento da demanda e a oferta de alimentação (café da manhã), que nem sempre tem para todos quando o fluxo é maior. Alguns usuários que antes frequentavam o antigo POP não frequentam mais o novo, devido uma questão territorial, já que muitos têm seus trabalhos ambientados em locais mais distantes (a exemplo dos guardadores de carro que não querem perder seu ponto de trabalho), encontrando outras estratégias de sobrevivência. Em contrapartida, mais de 50 pessoas que antes não frequentavam devido seus pontos de trabalho serem distantes do antigo POP agora voltaram a frequentar pela proximidade, e essas pessoas (os nativos, locais) acreditam que têm mais direitos de acesso aos serviços disponibilizados no POP do que outras que vêm de outras cidades e estados (os migrantes). Daí há um processo de conscientização por parte da equipe para que estes nativos compreendam que todos, seja de qualquer localidade, têm direito ao atendimento na instituição.

Atualmente são ofertadas 80 refeições por dia, entretanto, o número de usuários chega a ultrapassar este número o que acaba dificultando a oferta do serviço para os demais. Segundo conversa com um dos assistentes sociais da equipe, atualmente o Centro POP atende em média de 70 a 100 pessoas por dia, podendo ser mais ou menos a depender do período. Este número conflita com o que é repassado pelo documento “Orientações Técnicas: Centro de Referência especializado para População em situação de Rua e serviço especializado para Pessoas em situação de Rua”, que orienta a gestão do Centro POP e a oferta qualificada do serviço.

O documento direciona que a instituição deverá realizar o acompanhamento mensal de até 80 pessoas e/ou famílias. Contudo, o POP-Aracaju atende em torno de 180 a 200 pessoas ao mês, acarretando muitas vezes na dificuldade da oferta qualificada do serviço.

A capacidade instalada de atendimento corresponde à capacidade potencial do Centro POP para ofertar o atendimento a indivíduos e famílias. O gestor local da política de Assistência Social deverá planejar a implantação da Unidade de modo que possa comportar o acompanhamento mensal a até 80 (oitenta) casos (famílias/indivíduos). É importante esclarecer que a Unidade deve reunir condições para viabilizar o atendimento de sua capacidade instalada, que pode ser ampliada, para além do disposto acima, considerando demandas e a realidade local [...]. É importante mencionar que a capacidade instalada de atendimento corresponde à capacidade da Unidade para ofertar atendimento, o que não significa necessariamente acompanhar 80 (oitenta) casos todos os meses do ano. Isso porque o fluxo de acompanhamento mensal poderá variar, dependendo da demanda das famílias e indivíduos no território em questão, que pode, por exemplo, ser menor em determinados períodos do ano. (BRASIL, 2011a, p. 52-3).

Outra preocupação colocada pela coordenadora tem relação com o imaginário dos usuários de que se eles conseguirem uma casa ou auxílio moradia vão solucionar todas necessidades e dificuldades enfrentadas por eles, quando na realidade sabemos que a origem da problemática é mais íntima do que parece.

O objetivo do POP é fazer com que cada vez menos pessoas precisem do serviço. Ainda assim, infelizmente, parece que isso não acontece. Mesmo a equipe buscando portas de saída devido as pessoas chegarem com histórico de situações muitíssimo complexas, violações de direitos, etc., acaba que o menor dos problemas é a falta de moradia. Mesmo se houvesse casa para todas as 200 pessoas atendidas lá [no Centro POP] não resolveria metade dos problemas delas porque não é só a casa, é a alimentação, o desemprego, é a questão dos vínculos societários e familiares quebrados, de como conviver nessa sociedade que exige determinados padrões de sociabilidade, de existência, de comportamento e aí isso é o mais complicado. Por isso a gente diz que a casa é a última das possibilidades. (FALA DA COORDENADORA DO CENTRO POP-ARACAJU).

Por isso, ela diz que o auxílio moradia, que é um benefício ofertado pela Assistência Social, é uma das últimas possibilidades colocadas para o usuário no processo de atendimento individual tendo em vista que o imediatismo das necessidades muitas vezes está mais relacionado à violação de direitos, à falta de inclusão no mercado de trabalho ou ainda à quebra de vínculos societários e/ou familiares.

Ao chegar pela primeira vez na instituição o usuário é redirecionado para o atendimento psicossocial com o (a) assistente social e/ou psicólogo (a) para que seja feita a escuta e a construção de um “plano individual de atendimento”. A partir das demandas e necessidades colocadas pelo usuário há, se necessário, o direcionamento deste para outras redes e serviços.

O encaminhamento para o Serviço de Acolhimento também é feito caso seja desejado pelo usuário. Em Aracaju temos o acolhimento institucional municipal feito pela Casa de Passagem “Acolher” e o estadual feito pela Casa de Passagem Estadual localizada na Avenida Maranhão. Caso requerido e se preciso for há também a solicitação de benefícios sociais (a exemplo do auxílio moradia, Bolsa Família, BPC) bem como a tentativa de inclusão da pessoa que se encontra em situação de rua no mercado formal de trabalho.

Algumas pessoas acham que seu único problema é a falta da casa, mas elas não enxergam que a problemática está muito mais funda do que propriamente a casa. Primeiro nós tentamos a inclusão no mercado de trabalho, se a pessoa desejar. Tanto é que, anos atrás, numa gestão passada foram ofertados auxílio moradia à algumas pessoas que se encontravam em situação de rua. Contudo, mesmo com essas pessoas possuindo a casa voltaram a utilizar o Centro POP devido suas questões serem muito mais complexas; as vezes têm a casa, mas só tem papelão no chão, não consegue se alimentar, mesmo tendo o benefício eventual da cesta básica também, que é ofertado pelo serviço da Proteção Social Básica, mas que não é um benefício para vida inteira, é apenas para quem dele necessitar e quem consiga se organizar e utilizá-lo com uma escada para alcançar outras possibilidades de vida. (FALA DA COORDENADORA DO CENTRO POP-ARACAJU).

Muitas vezes os usuários não aderem aos serviços do POP, motivo que acaba provocando na equipe sensação de que não está havendo efetividade nas ações. Entretanto, a coordenação tenta conscientizar os profissionais de que a instituição está fazendo sim seu trabalho e que se alguns usuários não aderem ao serviço é por escolha dos mesmos, sendo isso também um direito deles, o direito de escolher aquilo que acharem mais conveniente para sua realidade.

Após conhecermos o funcionamento do Centro POP e do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, adentraremos a seguir na caracterização do perfil socioeconômico e analisaremos a concepção de saúde apreendida pelos mesmos.

3.1 O PERFIL SOCIOECONÔMICO DA PSR EM ARACAJU

Como já explanado, a presente pesquisa foi feita no Centro POP-Aracaju e contou com uma amostra de dez usuários (as) do serviço, escolhidos aleatoriamente nos dias 05, 08, 09 e 10 de janeiro de 2018.

Com perguntas direcionadas que buscavam compreender o perfil social e econômico, o motivo que os levaram à condição de rua e questionamentos sobre o acesso à saúde e a concepção desta para os pesquisados, foi possível traçar um perfil destes sujeitos na tentativa de compreendermos quais fatores e causas levaram uma grande parcela de pessoas a sobreviver na rua, expostas as mais diversas formas de violação dos direitos.

3.1.1 Sexo e faixa etária

A amostra foi formada 80% pelo sexo masculino e 20% pelo sexo feminino. Do total, a maioria - 40% - está na faixa etária entre os 18 e 30 anos de idade; 30% está na idade entre 51 e 60 anos, 20% entre 41 e 50 anos e 10% entre 31 e 40 anos, mostrando que esta população se caracteriza por ser jovem e em idade economicamente ativa³⁵.

Estes dados estão em conformidade com os resultados encontrados na Pesquisa Nacional realizada em 2007, a qual mostrou que essa população é predominantemente masculina e jovem.

A explicação para essa caracterização se dá devido à construção histórica e cultural, implicada pela presença maciça dos homens na rua enquanto às mulheres restavam os trabalhos domésticos, tomando seu espaço no mercado de trabalho recentemente.

A causa disso está intimamente ligada também à relação de dominação e subordinação histórica vivenciada pela mulher, posto que a sociedade culturalmente reproduz e afirma essa desigualdade de gênero existente. A principal ideia no caso dessa desigualdade é a de que a condição natural da mulher é a responsabilidade com determinadas tarefas e a obrigação com determinados comportamentos.

No MPC, mais precisamente a partir de 1970, com o processo de reestruturação produtiva do Capital e com o novo padrão de acumulação flexível denominado como toyotismo, a opressão de gênero apresenta-se mascarada, pois ao mesmo tempo em que a mulher avança nas suas conquistas também luta pela sua emancipação e consegue se inserir na esfera produtiva, sendo que a divisão das tarefas no âmbito da vida privada permanece ainda desigual (NOGUEIRA, 2004).

Logo, no contexto da população em situação de rua essa desigualdade assim como a pouca presença de mulheres em situação de rua quando em comparação com homens se

³⁵ Segundo o IBGE a população economicamente ativa está na faixa etária compreendida entre 15 e 64 anos de idade (IBGE, s.d).

perpetua justificada por essa historicidade da maciça presença dos homens nos espaços públicos, na rua, além da compreensão de que a ida para a rua muitas vezes se apresenta como a única saída para essas mulheres devido a vinculação com seus relacionamentos afetivos-amorosos. Sendo assim, a mulher tende a acompanhar seu companheiro quando este busca a rua como meio de sobrevivência.

3.1.2 Naturalidade

Quanto a naturalidade 60% dos entrevistados afirmaram serem oriundos de outros estados (BA, PE, AL e SP); 30% são originários de Aracaju e 10% do interior de Sergipe.

Este dado confirma uma particularidade já discutida neste trabalho que se refere ao processo de migração característico da população em situação de rua. Esta, na tentativa de sobreviver aos moldes impostos pelo modo de produção capitalista se desloca espacialmente.

[...] é possível perceber que a situação de rua, como estratégia de sobrevivência, se liga a outra estratégia de sobrevivência para os excluídos - a migração - que assume características peculiares nesse contexto. A trajetória de deslocamento, de cidade em cidade, em busca de melhoria de vida ou apenas condições mínimas de sobrevivência é denominada como perambulação: fruto da evolução do capitalismo, em sua fase atual, que torna parte da população desnecessária economicamente [...]. Em função da desnecessidade ao mundo do trabalho e da extrema pobreza, esses indivíduos trafegam pelo país, a pé, de carona, de carroça, sem um destino determinado e definitivo. São levados pelo acaso, por notícias de alguma oportunidade, em algum lugar. Devido à precariedade das relações com as localidades onde aportam, não ficam num mesmo lugar por um longo período de tempo, logo, não criando raízes em qualquer destino. (BUARQUE, 1997, p. 110; BURSZTYN, 2000, p. 47-48 apud LEITE, 2006, p. 11).

Logo, podemos afirmar que a PSR que circula em Aracaju é composta em sua maioria por pessoas advindas de outras localidades, sendo decorrente de deslocamentos ou da migração, principalmente de estados próximos como Bahia, Alagoas e Pernambuco.

3.1.3 Raça ou cor

Referente a raça ou cor, 60% declarou ser preto ou pardo (30% preto e 30% pardo), 20% declarou ser branco, 10% indígena e 10% outra (moreno).

Sabemos que o lugar que a maioria da população negra ainda ocupa no Brasil permanece vinculado à pobreza, à marginalização e conseqüentemente às ruas, sendo assim, expressões da "questão social" conseqüentes do modo de produção capitalista.

[...] Aos desempregados (permanentes ou não) ou empregados precariamente, resta-lhes o “salve-se quem puder”, a prostituição, o crime, as ruas, as cadeias, o extermínio lento, gradual ou direto (as situações terminais), os programas sociais precários (?) da assistência social (ou um pouco disso tudo). (SILVA, 2010, p. 37).

Segundo dados do Censo 2010 (IBGE, 2011), a população de negros e pardos aumentou em relação a população de brancos, aumentando também o percentual de pretos e pardos pobres em comparação com os brancos.

No País, em 2015, mais da metade (53,9%) das pessoas se declaravam de cor ou raça preta ou parda, enquanto o percentual das que se declaravam brancas foi de 45,2%. A proporção de pessoas por declaração de cor ou raça variou bastante segundo as Grandes Regiões: 77,3% das pessoas da Região Norte se declararam pretas ou pardas, o indicador foi de 73,0% no Nordeste, 59,9% no Centro-Oeste, 46,2% no Sudeste e somente 22,5% no Sul, em 2015. (IBGE, 2016b, p. 17).

Em suma, no que se refere à pobreza, os estudos revelam que os negros correspondem a cerca de 65% da população pobre e 70% da população extremamente pobre, embora representem 50,7% da população brasileira. Isto reflete na maior taxa de mortalidade de negros e pardos quando comparados a brancos em consequência da precariedade das condições de vida, da maior exposição à violência e da dificuldade de acesso às políticas públicas como saúde e educação. Esta situação por sua vez implica no menor acesso dessa população pobre à moradia, tendo muitas vezes como única via de saída a moradia em ruas. (PAIXÃO e CARVANO, 2008).

Assim, podemos constatar que se a maioria da população pobre brasileira é negra e parda, logo, essa mesma população é a que caracteriza o perfil da população em situação de rua, como já confirmado pelos dados obtidos na Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua em 2007 e pelo presente estudo, e isso tem relação direta com os impactos provocados pelo desenvolvimento do modo de produção capitalista, como vimos no Capítulo I.

3.1.4 Estado civil

Quanto ao estado civil dos pesquisados, a maioria - 70% - declarou estar solteiro; 20% respondeu viver em união estável e 10% afirmou estar casado. Ressalta-se que os (as) parceiros (as) também se encontram em situação de rua.

Este dado reflete uma realidade diferenciada vivida pelos sujeitos que se encontram nas ruas. Sabemos que uma das características que compõe essa população diz respeito a fragilidade dos vínculos familiares e afetivos. A rotina dessas pessoas é permeada por tantos infortúnios e dificuldades que assim, para muitos, manter um vínculo amoroso não é prioridade.

3.1.5 Quantitativo de filhos

Referente a quantidade de filhos, 40% dos entrevistados declararam ter até três filhos, 40% têm até seis filhos e 20% afirmou não ter nenhum filho. Ou seja, a maioria – 80% - tem entre um e seis filhos.

Este resultado está em conformidade com a Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua de 2007, contudo, destoia dos dados obtidos pelo IBGE³⁶ em 2016. Segundo o Instituto, no Brasil vem ocorrendo um declínio em relação a taxa de fecundidade desde a década de 1970. Até o final dos anos 1999 esta queda foi de 5,8 filhos por casal, e a partir de um comparativo com a primeira década do ano 2000 verificou-se a redução de 2,3 filhos, e, no final da década este valor passou para 1,9. (IBGE, 2016a).

Comparando com 2015, em 2016 houve uma redução média de 5,1% no total de nascidos no país. Podemos citar como determinantes desta redução a mudança de valores culturais do brasileiro e o ingresso maciço de mulheres no mercado de trabalho (IBGE, 2016a).

Ainda em conformidade com o IBGE, o número de mulheres brancas e com maior escolaridade sem filhos é maior quando relacionado às mulheres pretas ou pardas e com menor escolaridade (IBGE, 2016b). Assim, brasileiros pretos e pardos, com menor escolaridade têm maior probabilidade de ter mais filhos.

³⁶ Sabemos que o Censo Demográfico feito pelo IBGE não inclui as pessoas em situação de rua, pois é de base domiciliar. Entretanto, é importante relacionarmos os resultados obtidos no presente estudo para entendermos as configurações familiares que tendencialmente se delineiam no Brasil.

3.1.6 Formação escolar

Quanto a escolaridade da população em situação de rua a maioria – 60% - não completou o ensino fundamental; 10% afirmou ter ensino fundamental completo, 10% completou o ensino médio, 10% possui ensino superior completo e 10% disse não saber ler e nem escrever. Estes dados estão em consonância com os encontrados na Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua feita em 2007.

Contudo, os dados da última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua realizada pelo IBGE em 2016, mostraram que a taxa de analfabetismo vem sofrendo redução no decorrer dos anos no país. Essa redução é menor quando se leva em consideração a região e a raça ou cor da população.

Ocorre o seguinte: em 2010, a taxa nacional de analfabetismo era de 9,6% em pessoas com 15 anos ou mais. Em 2016, este valor caiu para 7,2%, correspondendo a 11,8 milhões de analfabetos. (IBGE, 2017).

Contudo, o Nordeste é a região que ainda apresenta maior taxa de analfabetismo chegando a 14,8%, enquanto que regiões como Sul e Sudeste apresentam 3,6% e 3,8%, respectivamente. (IBGE, 2017).

Quando se observa a taxa de analfabetismo entre pessoas pretas e pardas esse percentual mais que dobra chegando a 9,9%, contra 4,2% das pessoas brancas. (IBGE, 2017).

Historicamente pessoas brancas tiveram mais acesso à educação do que pessoas pretas. Logo, o mercado de trabalho também foi – e é - ocupado por pessoas que possuem maior nível de escolaridade. Portanto, pelo baixo nível de escolaridade restam os trabalhos informais com precárias condições de trabalho, escasso ou nenhum acesso a direitos, àqueles que não têm acesso às riquezas produzidas pelo capital, restando-lhes muitas vezes a rua como saída de sobrevivência (PAIXÃO e CARVANO, 2008; MARTINS, 2012).

Meu conhecimento é reto, não é manipulado não! Eu posso não ter tido estudo, mas eu sei muito também! A vida me ensinou muita coisa, ensina! Essa vida 'né' fácil não. (LUPÉRCIO).

Porquanto, ainda que a maioria dos sujeitos em situação de rua possua baixo nível de escolaridade em educação formal, as experiências de vida e a sabedoria popular não podem ser menosprezadas e relegadas, pelo contrário, devem ser respeitadas e enaltecidas à medida

em que entendamos que esses sujeitos são protagonistas de um “saber experiente” não vivenciado e ainda pouco valorizado pela sociedade.

3.1.7 Renda e atividade econômica

A totalidade dos entrevistados afirmou estar trabalhando. Já quanto a renda, 90% recebe abaixo de um salário mínimo e 10% recebe um salário. Este dado pode ser justificado quando analisamos em conjunto a atividade econômica desenvolvida pelos mesmos e o vínculo empregatício.

A totalidade dos entrevistados não possui vínculo empregatício atualmente. Todos estão inseridos no mercado informal de trabalho, desenvolvendo atividades relacionadas com o famoso “bico”. São catadores de recicláveis, flanelinhas, lavadores de carro, garçons na praia, carregadores de compras no mercado e/ou em feiras livres, vendedores de pequenos objetos como cigarros, balas, roupas usadas, etc.

Extraordinariamente, quando perguntados se já trabalharam alguma vez com carteira assinada, 100% respondeu que sim. As atividades citadas foram diversas: auxiliar de limpeza, garçom, instrutor de academia, ajudante de pedreiro na construção civil, ajudante de motorista, pintor, serralheiro, descarregador de caminhões de cimento, vendedor de lojas, dentre outras.

Esses resultados refletem como o modo de produção capitalista atua na vida daqueles que não detêm os meios de produção. Sabemos que quem paga as consequências das constantes crises do capital são os trabalhadores e os mais pobres. A estes são reservados a informalidade, a precarização e o subconsumo.

De fato, o chamado “mercado de trabalho” vem sendo radicalmente reestruturado – e todas as “inovações” levam à precarização das condições de vida da massa dos vendedores de força de trabalho: a ordem do capital é hoje, reconhecidamente, a ordem do desemprego e da “informalidade”. (NETTO, 2012, p. 416).

Percebemos com esses resultados que a necessidade do desenvolvimento e da ampliação de políticas públicas voltadas a inserção e principalmente a permanência destes sujeitos no mercado formal de trabalho é urgente. Apesar do trabalho desenvolvido pelo Centro POP com o encaminhamento dos usuários para programas relacionados a essa

inserção, isso não soluciona a origem do problema. A população em situação de rua clama por direitos essenciais os quais foram – e são – violados constantemente. Essa violação é a principal causa das dificuldades enfrentadas por eles.

O Estado deve propiciar e materializar o direito a educação pública e de qualidade, como consta na CF/88, de forma que a classe mais pobre, os mais vulneráveis, através da equidade tenham de fato acesso aos meios necessários para atingi-la, e, assim, tenham mais oportunidades de trabalho. O fácil acesso aos demais direitos sociais garante também qualidade de vida e melhores condições de sobrevivência para população, prevenindo assim que esta necessite das ruas para sobreviver.

Além dos trabalhos informais – “bicos” – o dinheiro que compõe a renda dessa população também advém de benefícios sociais do governo, visto que 70% dos entrevistados recebem o Bolsa Família.

Durante as entrevistas, apenas um pesquisado manifestou interesse em receber o auxílio moradia, não significando que os demais pesquisados não tenham interesse.

Assim, após conhecermos os dados relacionados ao perfil socioeconômico da PSR aracajuana, para fins de melhor visualização e entendimento apresento o seguinte quadro explicativo:

Quadro 1 – Síntese do Perfil Socioeconômico da População em Situação de Rua em Aracaju

Sexo	Masculino	80%
Idade	Maioria jovens – 18 aos 30 anos	40%
Naturalidade	Outros estados	60%
Raça	Pretos ou pardos	60%
Estado Civil	Solteiro	70%
Quantidade de Filhos	De 1 a 6 filhos	80%
Formação Escolar	Não completou o ensino fundamental	60%
	Não sabe ler nem escrever	10%
Renda	Recebe menos de 1 salário mínimo	90%
Atividade Econômica	Inseridos no mercado informal de trabalho	100%

	(“bicos”)	
Recebe Benefícios Sociais	Bolsa Família	70%

Fonte: Dados obtidos por meio de entrevistas realizadas com os usuários do Centro POP-Aracaju em janeiro de 2018.

3.2 DADOS RELACIONADOS À CONDIÇÃO DE RUA

3.2.1 Tempo que vive na rua e motivos que o levaram a essa condição

Ao conferir os resultados concernentes a condição de rua verificamos que a maioria, 40% dos entrevistados está na rua há mais de cinco anos; 30% está na rua entre um e três anos e 20% está na rua entre três e cinco anos. Apenas 10% dos pesquisados está na rua há menos de um ano.

Esses resultados confirmam que apesar da existência de políticas públicas destinadas a esse público como a exemplo da PNISPSR, posta em prática desde 2009, a origem da problemática não está sendo solucionada.

Como bem explanou a coordenadora do Centro POP, por mais que as instituições referenciadas que cuidam das pessoas em situação de rua desenvolvam atividades e trabalhem na perspectiva da garantia dos direitos e na tentativa de que cada vez menos pessoas precisem do serviço, o problema social que leva estas pessoas à condição de marginalizados sociais não será resolvido apenas dessa forma. É preciso que haja amplo acesso dessas pessoas à alimentação, higiene, saúde, segurança e a construção de uma sociabilidade voltada a entender a necessidade do outro, de forma que haja a inclusão e não a exclusão dessas pessoas na sociedade.

Ainda analisando os resultados, perguntamos quais os motivos que levaram o entrevistado a buscar a rua como saída de sobrevivência. O desemprego com 60% foi o motivo mais citado. Brigas/rompimentos com a família (40%), problemas com álcool e/ou outras drogas (40%) e a vontade de ter independência pessoal e/ou financeira (30%) também foram apontados como motivos.

Note-se que a resposta, na maioria dos casos, possuía vários motivos, muitos destes inter-relacionados. Apesar de alguns depoimentos desconexos (do nosso ponto de vista), é possível entender a finalidade das respostas, como podemos constatar em algumas transcrições a seguir:

Me considero na rua desde que fui excluído do mercado de trabalho, então me considero na rua. Fui parar na rua porque fui perseguido por um bandido por disputa de poder no [bairro] Lamarão. O cara disparou mais de 30 tiros e nenhum me acertou. Eu vivo há 13 anos de pura adrenalina. Agora assim, não uso crack e nem cocaína, só a macoinha [maconha] (risos). Passei 07 anos preso por protestar contra a corrupção e 05 anos num manicômio judiciário por defender o Estado e vou lhe dizer que não vou parar por aí não. Enquanto eu não derrubar eles [referindo-se ao governo] eu não me aquieto! (LUPÉRCIO).

Morei com minha mulher durante 17 anos, mas eram muitas brigas sabe? Coisa de ciúmes... A gente teve 05 filhos, sendo 04 homens e uma mulher. Quando eu morava com minha esposa eu descobri que ela me traiu e teve um filho com um cara mais novo. Eu registrei o menino e só descobri que não era meu filho depois, quando ele já tava grande. Depois perdi dois filhos executados por causa de drogas. Aí por causa disso fiquei doente e passei a usar remédio controlado e fui pra rua. (MÁRIO).

Desde meus 18 anos que eu bebo. E eu já fui viciado em crack porque assim né, quando eu sinto preocupação eu começo a beber para relaxar... E na realidade eu fui pra rua por causa de briga com a família. Não gosto de ninguém mandando em mim e meus irmãos querem mandar. Olhe, se eu quisesse eu tenho a casa de minha mãe e de minhas filhas pra ir e eu não vou! Não vou pra casa de minha mãe porque tem meus irmãos lá. E não vou pra casa das filhas porque elas são evangélicas, aí eu tenho que respeitar né... Eu bebo e sou cachaceiro! [risos] Aí não vou tá lá sendo que elas são da Igreja. Eu não sou de incomodar ninguém não. (AGRIPINO).

Eu saí de casa porque minha mãe não aceitava meu marido, aí saí de casa. (TERESA).

A riqueza das respostas nos permite conhecer, ainda que superficialmente, a natureza das relações familiares e dos vínculos dessas pessoas com a rua. Como já mencionado, a fragilidade nos vínculos afetivos/familiares é sempre motivo relevante e muitas vezes central e condicionante que leva a pessoa a buscar a rua como alternativa de sobrevivência.

O que se percebe com os depoimentos é que essas relações em sua amplitude são desgastadas principalmente pela relação de liberdade e desejo de independência buscados por esses indivíduos, uma vez que os vínculos são interrompidos graças a essa liberdade estar atrelada ao consumo abusivo de álcool ou entorpecentes, ou ainda a questões de ordem amorosa que colocam essas pessoas em uma situação de escolha entre ter essa liberdade ou ter que conviver com regras impostas pela sociedade e pela família. A rua então se apresenta como melhor opção.

3.2.2 Relações/Vínculos familiares

Ao classificar a relação com a família, 40% dos sujeitos em situação de rua afirmaram ter bom relacionamento com esta; 30% classificou a relação como péssima ou regular e 30% afirmou não ter contato com membros da família.

Estes dados conformam com os apresentados pela Pesquisa Nacional de 2007, tendo em vista que a quebra nos vínculos familiares é um dos principais fatores que levam pessoas à condição de rua.

Além disso, os motivos mais citados que levam à quebra de vínculo estão ligados em sua maioria, como vimos no item anterior, a problemas com álcool, drogadição e relacionamentos amorosos conturbados, o que não significa que outras implicações não estejam por trás desses motivos.

3.2.3 Documentos de identificação

Ao serem perguntados se possuem algum documento de identificação em mãos, 80% respondeu que sim, 10% que não e 10% disse que possui documento, mas que não está em sua posse.

Dos entrevistados 90% possui CPF; 80% possui RG, Certidão de Nascimento e Título Eleitoral; 70% possui Carteira de Trabalho. Apenas 30% possui Carteira Nacional de Habilitação e 10% possui Passaporte.

3.2.4 Locais de dormida

A maioria, 90% da população em situação de rua em Aracaju utiliza a rua como lugar frequente para dormir. Apenas 10% respondeu dormir em barracos.

Na rua, os lugares com espaços de permanência e dormida frequentes citados foram as calçadas (60%), praças (20%) e rodoviárias públicas (20%).

Do total de entrevistados, 80% disse não possuir habitação sua ou de familiar que possa utilizar, caso deseje.

Eu durmo em qualquer lugar, calçada, o que tiver. Morador de rua não pode dizer que dorme não moça... [pausa] senão os cara vai e mata. (AGRIPINO).

Eu durmo na Rodoviária Nova e no João Alves [hospital], porque lá tem mais segurança sabe? Ninguém mexe. (TERESA).

Por não possuir opção ou escolha, estas pessoas são expostas as mais desiguais formas de existência e sobrevivência. A não escolha por instituições de acolhimento como Casas de Passagem ou até mesmo abrigos e albergues se dá na maioria das vezes pela dificuldade que estas pessoas têm em seguir regras, ou ainda, a experiência vivenciada nas instituições de acolhimento foi tão traumática e contrastante com a rotina a qual estes indivíduos estão acostumados que acaba que a rua se apresenta muitas vezes mais acolhedora e compreensiva que qualquer outro lugar aparentemente ideal.

As pessoas têm questões relacionadas ao uso de álcool e drogas, questões de saúde e saúde mental/psíquicas, questões de uma sensação de não pertencimento à sociedade. Algumas pessoas que sofreram violações tais dentro de suas famílias e dentro dos espaços institucionais formados destinadas a seu acolhimento devido a essas questões com álcool e drogas, orientação sexual, etc., que não desejam acolhimento institucional e pedem para continuar na rua, mas não porque a rua é um mar de flores, mas porque na rua elas sofrem menos violência do que em casa (na visão delas). Algumas só querem frequentar o POP e guardar seus objetos, tomar um banho e se alimentar, continuando na rua. (FALA DA COORDENADORA DO CENTRO POP-ARACAJU).

Saber lidar e contornar essa realidade é uma obrigação do poder público e da sociedade.

Quadro 2 – Síntese do Perfil da Condição de Rua da População em Situação de Rua em Aracaju

Tempo que está na condição de rua	Há mais de 5 anos	40%
Principal motivo que o levou a essa condição	Desemprego	60%
Vínculos familiares	Quebra ou fragilidade nos vínculos	60%
Documentos de identificação	Possui	80%

Principal local de dormida	Rua	90%
Habitação	Não possui habitação própria ou de familiar, caso deseje utilizar	80%

Fonte: Dados obtidos por meio de entrevistas realizadas com os usuários do Centro POP-Aracaju em janeiro de 2018.

3.3 DADOS RELACIONADOS À CONDIÇÃO DE SAÚDE

O objetivo geral deste trabalho é entender como a população em situação de rua materializa seu direito à saúde. Pensando nisto, os resultados que serão apresentados a seguir buscam compreender qual o entendimento que esse público tem acerca do conceito de saúde e qual a vivência que eles têm na prática com relação ao acesso a este serviço.

3.3.1 Higiene pessoal

Quanto ao cuidado com a higiene pessoal, todos os entrevistados responderam que a realizam cotidianamente. Foram apontados os seguintes locais mais utilizados por eles no acesso à higiene: Centro POP³⁷, Igreja Internacional da Graça³⁸, CAPS AD e banheiros públicos (de Rodoviárias, por exemplo).

Entenda-se aqui por higiene pessoal hábitos relacionados ao cuidado diário com o corpo responsáveis pela promoção e prevenção da saúde.

3.3.2 Alimentação

Quanto ao número de vezes por dia que o entrevistado consegue se alimentar o resultado foi o seguinte: 60% destas pessoas se alimenta 03 vezes ao dia; 20% se alimenta 02 vezes e 20% apenas uma vez.

A alimentação é o principal substrato do corpo humano, é a energia que possibilita o desenvolvimento físico, mental, social e espiritual do ser humano. Saber que 40% dessas

³⁷ Além do banho, o Centro POP distribui itens de higiene pessoal para os usuários: sabonete, creme dental, escova de dente, etc.

³⁸ De acordo com alguns entrevistados, a referida Igreja oferta banho e alimentação à PSR todas terças-feiras.

peessoas se alimentam menos de 03 vezes ao dia é inquietante, principalmente quando elas, por sua condição de rua, têm mais chances de serem acometidas por enfermidades.

De acordo com o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, o Estado tem a obrigação de promover e prover alimentação digna e de qualidade à população, em especial aos grupos minoritários e em maior grau de vulnerabilidade social. Para isso, entende que o a alimentação adequada é um direito humano, e que a mesma pressupõe duas dimensões:

[...] o direito de estar livre da fome e o direito à alimentação adequada. A realização destas duas dimensões é de crucial importância para a fruição de todos os direitos humanos. Os principais conceitos empregados na definição de Direito Humano à Alimentação Adequada são disponibilidade de alimentos, adequação, acessibilidade e estabilidade do acesso a alimentos produzidos e consumidos de forma soberana, sustentável, digna e emancipatória. [...]. [Logo] o Estado deve prover alimentos diretamente a indivíduos ou grupos incapazes de obtê-los por conta própria, até que alcancem condições de fazê-lo [...] através de transferência de renda ou renda básica; entrega de alimentos em conformidade com as especificidades de cada grupo, população ou comunidade ou outros esquemas de seguridade social. (MACHADO, 2017, n.p).

No Centro POP é ofertado apenas café da manhã, de segunda à sexta-feira das 07:00 horas até as 10:00 da manhã. Segundo a coordenadora, as quentinhas são fornecidas através de uma empresa licitada pelo município. A quentinha geralmente é composta por alguma raiz (batata, macaxeira, inhame, etc.), uma fruta, uma massa (pão, cuscuz), carne (salsicha, frango, boi, etc.), café, leite e suco.

No período do almoço, os usuários do POP geralmente buscam o restaurante popular Padre Pedro que oferta almoço ao preço de R\$ 1,00 real, pago com o dinheiro dos “bicos”. Contudo, apenas 50% dos entrevistados disse almoçar lá. Quando questionados de o porquê não acessar o referido restaurante, alguns disseram não gostar da comida, outros mencionaram o fato do preço, de que deveria ser de graça.

Já no período da janta, os entrevistados se alimentam através da entrega diária de sopas e/ou outros alimentos em praças públicas, realizada por instituições religiosas (Centro Espírita, Igreja Internacional da Graça, Igreja Católica, Casa dos Freis Franciscanos).

Cabe destacar que quanto ao provimento de alimentos, apenas 20% dos pesquisados disse conseguir alimentos através de pedidos feitos de porta em porta. Os outros 80% se alimentam através da oferta das instituições acima referenciadas.

Estudos já mostraram que, além da higiene, uma boa alimentação tem a capacidade de promover qualidade de vida à medida que auxilia na prevenção e no combate a doenças.

O que se percebe a partir desses dados é que as pessoas que estão na rua, além das mais diversas violações também são afastadas das possibilidades de desenvolverem uma vida saudável, livre de enfermidades.

3.3.3 Acesso à saúde

Qual a principal porta de entrada à saúde?

Para buscar conhecer se a PSR utiliza a Atenção Básica como principal porta de entrada à saúde, assim como preconiza a PNAB, foi perguntado aos entrevistados qual o primeiro serviço de saúde que os mesmos procuram ao adoecer. Apenas 30% referiu procurar atendimento na UBS, seguido por 30% que busca atendimento nas Atenções Secundária e Terciária (foram citados a UPA José Franco e os Hospitais “João Alves” e São José, respectivamente), e 40% que disse não procurar atendimento.

Consegue atendimento quando procura? / Obtém cuidado continuado?

Perguntados se conseguem atendimento nos serviços supramencionados, todos os 6 que buscam atendimento responderam que sim. Contudo, apenas 5 disse obter cuidado continuado, ou seja, são acompanhados posteriormente pelo serviço de saúde. Ainda com relação a esse atendimento, 100% dos entrevistados que procuram atendimento o classificaram como sendo bom ou ótimo.

[Você consegue obter acesso ao cuidado continuado neste serviço?]

Sim. Eles têm meu endereço, minha ficha, tá tudo cadastrado lá, eles sabem onde me achar. (AGRIPINO).

Sim. Eles sempre me acolhem. (TERESA).

Sim, mas eu que vou lá.... Eles não vêm atrás de mim não. (CLÉBER).

Sim, porque eles têm minha ficha. (MÁRIO).

A “USF Maria do Céu” é acessada pela PSR? / A PSR conhece o Consultório na Rua?

Já a exposição dos dados a seguir tem por finalidade conferir se os sujeitos em situação de rua acessam a “Unidade de Saúde da Família Maria do Céu”³⁹, já que a mesma é referência na Atenção Básica quando se trata da população em situação de rua no município. É nesta USF que há a presença de uma equipe do Consultório na Rua, responsável pelo cuidado e acolhimento especializado em saúde da referida população.

Pensado nisto, foi perguntado aos entrevistados se os mesmos são vinculados a alguma Unidade de Saúde da Família e se conhecem o Consultório na Rua, tendo 80% respondido que sim para as duas perguntas. Quanto ao vínculo, todos mencionaram estarem vinculados a “USF Maria do Céu”. Foi perguntado ainda se o vinculado já foi abordado na rua por algum Agente Comunitário de Saúde, tendo 50% respondido que sim.

É importante mencionar a importância que o ACS tem. Além da UBS e da USF, o Agente Comunitário também é parte constituinte da Atenção Básica.

Resultados

Em suma, estes resultados apontam uma subutilização por parte da PSR da Atenção Básica como porta prioritária à saúde. Ainda que 8 entre os 10 entrevistados afirmem terem vínculo com a USF, a maioria não a busca quando tem necessidades em saúde.

O dado é mais preocupante quando constatamos que 40% dessas pessoas nem procuram atendimento quando acometidos por enfermidades, refletindo uma realidade cultural criada em torno do pensamento de que só se está doente quando há a impossibilidade física de desenvolver sua força de trabalho.

Essa baixa utilização da Atenção Básica pode estar relacionada à fragilidade nas ações desenvolvidas pelas equipes de saúde envolvidas com a PSR, visto que o acompanhamento ou cuidado continuado foi reportado, como vimos, sempre vinculado a existência do cadastro deste usuário no serviço referido, e não necessariamente ao acompanhamento em saúde dado pelas equipes na medida em que a pessoa volta para a rua, como podemos conferir também a partir de algumas respostas:

Já. Já fui atendido por eles aí [se referindo ao Consultório na Rua]..., mas não gosto muito não. [Porquê?] Porque demora muito pra eles marcarem o médico, muita gente lá, gosto não. (JOSÉ).

³⁹ Em Aracaju, está localizada na Rua Maruim, N° 198, no bairro Centro. O horário de funcionamento é de segunda à sexta, das 08:00 às 18:00 horas.

Eu fui atendido já lá, mas demora demais e é pouca solução... e depois eles nem procuram a gente pra saber se melhorou não. (CLÉBER).

Já, tem meu cadastro lá, tudo. Mas eles não resolvem nada, não serve pra nada. Atende lá e depois acabou. (AGRIPINO)

A dificuldade no acompanhamento em saúde pode se dar ainda devido a desistência ou atraso do usuário de retornar ao serviço. Entretanto, essa necessidade de imediatismo é característica da PSR, pois suas decisões tendem a serem pensadas muito mais a curto prazo e não a longo prazo, visto que precisam, por exemplo, se preocupar em encontrar um local de dormida ou ainda buscar um “bico” para garantir o almoço do dia, deixando o retorno ao serviço de saúde como última das prioridades.

O imediatismo é compreendido como a urgência em obter o que deseja e se relaciona com o acesso aos serviços pelo fato de esse grupo conhecer os recursos da rede de atenção, mas só procurá-los ou aceitar ajuda ao perceber necessidade urgente ou ao se ver diante de piora evidente de sua condição de saúde. Nesse sentido, é importante responder à solicitação de cuidado da PSR no momento em que ela procura o serviço ou aceita ajuda. (WIJK e MÂNGIA, 2017, p. 1135).

3.3.4 Principais enfermidades encontradas

A falta de informação sobre o perigo e as consequências do não cuidado e acompanhamento das enfermidades referidas é outra preocupação. Além do mais, o uso abusivo de álcool e/ou outras drogas por 50% dos entrevistados deve ser levado em consideração para as análises a seguir.

Do total de pesquisados, 50% afirmou ter sido diagnosticado com algum problema em saúde (40% com transtorno psiquiátrico – uma dessas pessoas foi diagnosticada também com trombose e outra pessoa também foi diagnosticada com Hepatite C – e, 10% com Hipertensão Arterial), contra 50% que disse não ter nenhum indicativo de doença.

Recebe tratamento?

Ainda que receba o diagnóstico, quando questionados sobre se acreditam que recebem tratamento adequado para a enfermidade referida, 60% disse achar que recebe tratamento

adequado uma vez que faz uso de medicamentos quando estes são disponibilizados pelo SUS, contra 40% que acha que não.

As explicações daqueles que disseram não receber tratamento adequado estão relacionadas com a necessidade do uso de medicamentos não disponíveis no SUS, ou até mesmo quando está disponível e não foi ofertado ou conseguido pelo paciente.

Exemplos disso são Lupércio e Carmem. Além do diagnóstico de transtorno mental, Lupércio possui Hepatite C e segundo ele, nunca fez uso de medicação para tratamento da mesma, mesmo sabendo que a medicação é ofertada e disponibilizada gratuitamente pelo SUS.

As principais formas de infecção pelo vírus da Hepatite C se dão:

[...] através do uso de drogas injetáveis e inalatórias, transmissão vertical da mãe para o feto, contato sexual e prática de procedimentos realizados sem a devida segurança como cirurgias, hemodiálise, transfusão sanguínea, acupuntura, tatuagens e piercings. [...]. Além disso, deve-se ter atenção especial em alguns casos em que a vulnerabilidade ao vírus é maior, como no caso de moradores de ruas e pessoas privadas de liberdade. Estudos apontam prevalência do vírus nesses grupos populacionais, pois muitas dessas pessoas possuem histórico de compartilhamento de injetáveis e uso de drogas. (MENDES-CORRÊA; BARONE; CARDOSO, 2005 apud FERREIRA e PONTAROLO, 2017, p. 81).

A Hepatite C é uma doença crônica, transmissível, silenciosa e que constantemente leva a quadro de cirrose ou câncer hepático, quando não é devidamente tratada (FERREIRA e PONTAROLO, 2017). No caso de Lupércio, o risco de agravamento do seu quadro é aumentado devido ao uso abusivo de álcool.

Já Carmem, além do diagnóstico de transtorno mental também possui o diagnóstico de trombose na perna e não fez uso completo da quantidade de injeções indicadas pelo médico. Precisou da ajuda de um desconhecido para iniciar o tratamento, pois a medicação, segundo ela, custa em torno de R\$ 80,00 reais. Assim, Carmem não continuou o tratamento por falta de recursos financeiros e também não obteve o medicamento via SUS.

A trombose é uma doença aguda que obstrui as veias dos membros inferiores e pode levar à morte se não for devidamente tratada. É um importante fator de risco para tromboembolismo pulmonar e também pode levar a deformidades de membros inferiores e perda da capacidade funcional do paciente.

A trombose venosa profunda (TVP) caracteriza-se pela formação de trombos dentro de veias profundas, com obstrução parcial ou oclusão, sendo mais comum nos membros inferiores – em 80 a 95% dos casos. As principais complicações decorrentes dessa doença são: insuficiência venosa crônica/síndrome pós-trombótica (edema e/ou dor em membros inferiores, mudança na pigmentação, ulcerações na pele) e embolia pulmonar (EP). Esta última tem alta importância clínica, por apresentar alto índice de mortalidade. Aproximadamente 5 a 15% de indivíduos não tratados da TVP podem morrer de EP. (SBACV, 2015, p. 6).

Além dos casos citados, vimos a constatação de apenas um caso de hipertensão arterial. A hipertensão arterial é a doença crônica com maior taxa de prevalência no Brasil e atinge 32,5% (cerca de 36 milhões) da população adulta. É mais comum na população negra, sedentária, que faz grande ingestão de álcool, sal de cozinha e que tem baixo nível socioeconômico. (PEDROSA e DRAGER, 2008; SBC, 2016; MALTA et al., 2017).

No Brasil, ainda há um sub diagnóstico da referida doença, visto que é uma doença que não apresenta sintomas e causas grandes prejuízos ao sistema cardiovascular se não tiver seu diagnóstico feito de forma precoce. Grande parte disso deve-se a não aferição da pressão arterial nas consultas de rotina e na dificuldade que alguns pacientes têm em ter seus níveis pressóricos medidos. (PEDROSA e DRAGER, 2008; SBC, 2016; MALTA et al., 2017).

Essa dificuldade aumenta ainda mais quando se trata de grupos em alto grau de vulnerabilidade social como a PSR, pois não há o diagnóstico e muito menos o acompanhamento rotineiro da hipertensão arterial.

Outra preocupação a respeito das enfermidades encontradas tem relação com o relevante índice de pessoas em situação de rua com transtornos psiquiátricos (40%). A situação se agrava ainda mais quando se constata que em alguns casos o usuário nem sabe o nome da doença/transtorno o qual foi diagnosticado. O usuário/paciente apenas é informado que tem uma “doença mental”, toma o remédio prescrito pelo médico, mas não sabe identificar o diagnóstico/nome da doença, como constatado, por exemplo, na fala de Teresa:

[...] já fui internada lá [no hospital] 5 vezes, já tive internação lá. [Por que?] Porque eu tomo remédio controlado. [Para que?] Mulher, pra que eu não entendo (risos), mas eu tomo Diazepam, Fenegan, Amytril, Gadernal, Haldol... são 7 tipos, mas tem 2 que eu não lembro. [Todos esses você toma continuamente?] Continuamente, tem 7 anos que tomo eles. [E o médico te disse qual o nome da doença que você tem?] Não, ele falou assim... porque quando eu não uso crack, passo tempo sem usar eu vejo vozes, vulto, visage, vejo gente querendo me matar, já não quero mais sair de casa entendeu? Aí diz que a droga deixa sequela no meu “cérebro”, aí no tanto que meu documento tá dizendo que é [doença] mental entendeu? Aí diz que só o tempo que vai dizer o que é entendeu? (TERESA).

As medicações mencionadas por Teresa podem estar relacionadas a vários sintomas: Haldol e Fenérgan constantemente são usados no tratamento de transtornos psicóticos, como a esquizofrenia. O Amytril é um medicamento frequentemente utilizado para tratar depressão. Já o Gardenal serve para o cuidado da epilepsia e, o Diazepam serve tanto para controlar transtornos de ansiedade, quanto para o manejo da abstinência de álcool e/ou outras drogas. (ALMEIDA, 2010; CRISTÁLIA, 2014; JANSSEN, 2015; NEO QUÍMICA, 2015; MAGALHÃES, DINELLY e OLIVEIRA, 2016; SANOFI, 2017).

Além de Teresa podemos lembrar o depoimento de Mário. Mário foi casado com sua esposa por 17 anos até descobrir uma traição e se separar. Mário também era pai de cinco filhos. Dois destes, devido ao envolvimento com drogas, acabaram sendo assassinados. Depois dos acontecimentos referidos, Mário entrou em depressão e a alternativa encontrada por ele para lidar com a dor foi buscar a rua.

A depressão, a ansiedade, a esquizofrenia assim como os transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e drogas são comumente identificados na população em situação de rua.

Com isso, mediante os dados até aqui expostos podemos nos perguntar o seguinte: se a população em situação de rua não estivesse exposta a falta de saneamento, não tivesse precário acesso à saúde, educação, segurança, etc., não tivesse acesso à higiene e alimentação, sem moradia adequada dentre tantas outras violações, ela apresentaria tantos riscos elevados em saúde, principalmente um alto índice de diagnóstico de transtornos mentais? A resposta é que na maioria destas pessoas não, como confirma Santana e Rosa (2016):

Os diferentes contextos e formas de viver têm impactos diferentes na Saúde de uma pessoa. Um exemplo claro disso são as doenças e problemas mais prevalentes na população em situação de rua. Há muitas doenças infectocontagiosas (tuberculose, DST), problemas com os pés (machucados, infecções etc.), dentes malcuidados, entre outros. Ao nos depararmos com essa lista de diagnósticos, podemos nos perguntar: se esta pessoa não estivesse em situação de rua, ela teria essas doenças? A resposta para a maioria dos casos seria: não, ela não teria essas doenças. [...]. [Outros fatores como o] Baixo nível socioeconômico, baixo nível educacional, desemprego, falta de suporte social e de moradia adequada estão associados a uma maior frequência de transtornos mentais. Portanto, pessoas em situação de rua apresentam alto risco de desenvolverem transtornos mentais. Intervir nesses fatores é uma forma de diminuir esse risco. (SANTANA e ROSA, 2016, p. 65).

Além de ter que lidar com os problemas de saúde, a PSR tem ainda outra situação para enfrentar. O preconceito enraizado na sociedade toma maior relevância quando analisado dentro das instituições públicas, dentro, inclusive, daquelas instituições responsáveis por garantir o acesso aos direitos dos que mais estão em vulnerabilidade social.

Na presente pesquisa perguntamos se o entrevistado já se sentiu discriminado ao utilizar algum serviço de saúde devido sua condição de rua. A maioria – 50% - respondeu que não, seguido por 40% que respondeu que sim e 10% que preferiu não responder.

Aqueles que referiram não sentir preconceito e discriminação responderam o seguinte:

Não. Todo mundo é da mesma laia! Todo mundo é lá de baixo, todo mundo é igual. Então por que vai ter preconceito? Não tem porquê. (LUPÉRCIO).

Até agora não. (MÁRIO).

Como? Se eu não ando mal trajado? Eles andam mais mal trajado do que eu! (AGRIPINO).

A totalidade dos que responderam sim atrelaram o preconceito ao fato de estarem “mal trajados”, ou ainda pela aparência que possuem. Além dos espaços institucionais em saúde, as repartições públicas também foram apontadas como locais de fácil percepção da discriminação e preconceito.

Oxe! O tempo todo. [Por que?] Ah porque a gente vê na cara das pessoas né? Já olha meio assim... Mas eu não ligo não, pois. (PEDRO).

Sinto toda hora, em todo lugar que eu chego. (CARMEM).

Não, assim, as vezes pela sociedade né? A gente procura emprego pelo traje da gente, pelo vestir, pelo fato de não ter uma moradia, e não ter um endereço fixo né? Aí a pessoa não quer nem empregar né? Por isso que é difícil pra quem mora na rua, pra poder ter uma oportunidade pra crescer porque nem todo mundo confia, de dar a oportunidade pra gente. [Mas quando você vai, por exemplo, em algum hospital, em algum posto de saúde você se sente discriminada?] Sinto também ne? Porque as vezes sempre tem uma desculpa pra poder falar que não tem médico, entendeu? Aí a gente se sente meio... né? Pra gente que mora na rua, entendeu? (TERESA).

A discriminação e o preconceito são uma presença constante na vida de quem utiliza a rua como forma de sobrevivência. Contudo, nos espaços institucionais de saúde o cuidado deve ser redobrado visto que essa prática pode levar ao abandono do acompanhamento em saúde por parte do usuário em situação de rua, restringindo sua procura por ajuda, levando ao agravamento de sua situação.

3.3.5 Conceito de saúde segundo a PSR

Para finalizar o perfil em saúde da população em situação de rua, adentraremos a seguir nos resultados encontrados acerca do entendimento que esse grupo populacional tem sobre o conceito de saúde.

Para isso, foi perguntado ao entrevistado o que é necessário para se ter saúde. As respostas foram atreladas ao atendimento recebido nas instituições de saúde, a falta de moradia, a ausência de alimentação de qualidade, a ausência de higiene, o uso abusivo de álcool, a ausência de emprego e até a falta de responsabilidade pelo Estado.

A pessoa chega e é mal atendido, muita das vezes não tem remédio. Tudo pra o morador de rua é difícil, posto de saúde lotado... Por eles eu não fico boa nunca! (CARMEM).

Moradia. Dormir o tempo que quer, não ouvir o que não quer, paz, sossego. (JOSÉ).

Uma boa alimentação, higienização né? (CLÉBER).

Uma vida saudável. Viver bem, dormir bem, comer bem. (TONI).

Uma casa, não dormir na rua... Cê tendo um abrigo já tem saúde. Quem tá na rua bebe, só tem a cachaça! Aí já sabe... (AGRIPINO).

Tem que estar no bem-estar da casa da pessoa, ter dinheiro no bolso, estar trabalhando. (JOÃO).

Rapaz, conhecimento. Se você não conhece, vai comer veneno [se referindo aos agrotóxicos]. (LUPÉRCIO).

Eu acho que uma boa alimentação e não ter tanta preocupação. (MÁRIO).

A gente precisa de um governante melhor! Precisamos de pessoas que olhem de verdade pra população, porque eles só sabem roubar, não faz nada por nós. (PEDRO).

Se cuidar melhor, ter uma alimentação bem saudável... (TERESA).

Em seguida, outra pergunta foi feita: Você tem saúde? O resultado: 70% respondeu que sim.

Tenho porque eu sou forte, descendente do Adão e deixo marca pelo chão! Posso perder tudo, mas a fé não! Onde há fé, há esperança. (JOSÉ).

Tenho. Porque não estou sentindo nada ruim, já fiz os exames, tô me sentindo bem fisicamente. (CLÉBER).

Acho que tenho. Porque não sinto nenhum incomodo em mim mesmo, me sinto bem. (TONI).

Graças a Deus eu tenho! Porque tenho quase 60 anos e não tenho dor de cabeça e nem nada, então tenho. (AGRIPINO).

Eu tenho e muita, Ave Maria! Tem gente que com febre, dor de cabeça não consegue trabalhar. Eu com isso tudo, tomo remédio e vou trabalhar. (JOÃO).

Tenho. Pelo que tenho passado eu tenho uma saúde de ferro! Meus nervos são de aço e de fogo. Eu sou preparado para trabalhar sob pressão e prazo. Minha cabeça parece uma panela de pressão, mas minha cabeça não tem comida não, é ogiva nuclear! (LUPÉRCIO).

Com os depoimentos acima, à medida em que lemos e comparamos as duas respostas, podemos refletir da seguinte forma. A população em situação de rua atrela o conceito de saúde com a ausência de doenças e com a capacidade que o indivíduo tem de trabalhar e desenvolver suas atividades cotidianas. Logo, a ideia de saúde que eles têm ainda é vinculada ao conceito ultrapassado amplamente discutido e desmistificado ao longo dos anos pela academia e pelas categorias profissionais.

A imersão dessas pessoas em uma realidade desumana e cruel propicia a não problematização das questões relacionadas ao seu próprio bem estar e isso corrobora para que o entendimento de que saúde é a junção, por exemplo, do direito à saneamento, moradia, segurança, alimentação de qualidade, trabalho, educação, etc. não seja compreendido.

O fato é que os riscos de saúde na população em situação são maiores do que na população em geral seja devido as condições de vida desta, seja pela sua inserção em processos de trabalho precários. A desmotivação, a falta de perspectiva de transformação e a não criticidade no trato com a realidade também auxilia para que muitas dessas pessoas se acostumem aos problemas sociais que enfrentam cotidianamente, vivendo imersos numa realidade imediata, que soluciona superficialmente as coisas e que não soluciona a origem dos problemas.

Logo, o que se observa é a escassa problematização destas questões dentro das populações mais vulneráveis e isso implica dizer que, apesar de debatido academicamente e cansativamente entre algumas categorias profissionais inseridas na área da saúde, o conceito de saúde compreendido pela população em geral, em específico a em situação de rua, não está caminhando em direção a romper a dicotomia saúde-doença.

Um exemplo disto pode ser observado nos casos de José e Agripino. Em sua entrevista, José, usuário de álcool e com transtorno psiquiátrico, referiu se sentir muito cansado e por vezes indisposto devido à dificuldade de dormir bem. Segundo ele, dos 9 anos em que se encontra na rua poucas foram as vezes em que ele conseguiu dormir mais de 3 horas por dia, seja pela falta de tranquilidade que a rua proporciona (barulhos, medo de ser atacado por outras pessoas, etc.), seja pelas pessoas ou pela polícia que o expulsa das ruas e calçadas na tentativa de promoverem uma “limpeza visual”.

Note-se que o próprio José respondeu que dormir bem é um dos requisitos necessários para se ter saúde, mas quando perguntado se a tem, a resposta foi positiva.

Outro exemplo diz respeito a Agripino. Agripino, usuário de álcool, maconha e segundo ele ex-usuário de crack, referiu durante a entrevista ter frequentes episódios de febre. Quando perguntado sobre o que é necessário para se ter saúde respondeu que ter uma moradia, ou seja, não estar na rua seria o suficiente para tal, contudo, mesmo não tendo uma moradia fixa ele disse que tem saúde.

A contradição destas e de outras respostas só demonstra que não há uma associação imediata da noção de bem estar social e mental com o perceber-se enfermo. Vimos que para se alcançar este bem estar é necessário uma interlocução entre vários direitos. Logo, o paradoxo nas respostas colhidas só reafirma a concepção de que para a PSR ter saúde significa ter apenas disposição física que viabilize sua sobrevivência.

Sabe-se que o ato de perceber-se doente é influenciado pela cultura, pelo trabalho e pela renda. O fenômeno de sentir-se doente ou da percepção do próprio corpo por parte dos vários segmentos sociais revela-se desigual, ao referir-se à leitura dos sinais de doença. Para os que dependem de seu trabalho para viver, ou até mesmo para sobreviver, os sinais de doença podem ser abafados. Analisando-se os atendimentos aos moradores de rua [...], verifica-se que a percepção de estar doente é expressada em situações emergenciais e a concepção de doença é relacionada ao "ficar fraco e não poder trabalhar". (BERLINGUER, 1988 apud JUNIOR et al., 1998, p. 51).

Notamos então que o perfil das pessoas em situação de rua que frequentam o Centro POP-Aracaju tem vinculação com questões relacionadas ao uso de álcool e drogas, questões de saúde e/ou saúde mental, violação de direitos, quebra dos vínculos familiares e afetivos, questões relacionadas com uma percepção de não inclusão na sociedade. A distância entre a concepção de saúde que é atualmente discutida e que se vincula com questões mais amplas, e a concepção de saúde que se vincula ao uso de medicamentos, hospitalocêntrica, atrelada a debilitação física é evidente e fortemente presente quando se analisa esse grupo populacional.

Portanto, pelas implicações e colocações supramencionadas podemos afirmar que, se a população em situação de rua não tem acesso amplo a higiene, alimentação em quantidade e de qualidade, saneamento básico, moradia, segurança, trabalho, renda, lazer e outros direitos sociais básicos, ela não materializa o seu direito à saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Primeiramente, quando me propus a discutir sobre população em situação de rua tinha o objetivo de utilizar como campo empírico a rua propriamente dita, vislumbrando uma maior aproximação com a realidade. Depois, foi pensado utilizar a “USF Maria do Céu” devido a existência de uma equipe do CnaR dentro dela, e o Projeto Acolhe Aracaju, por serem instituições referenciadas no atendimento a esse público e por serem locais de fácil acesso aos que estão em situação de rua.

No entanto, devido ao pouco tempo de execução do mestrado tornou-se necessário diminuir a amostra que anteriormente havia sido pensada, optando por escolher apenas o Centro POP como lócus da pesquisa.

Durante a construção do referencial teórico houve também uma relevante dificuldade em encontrar estudos correlacionados com o objeto de estudo. Havia poucos aportes teóricos disponíveis sobre essa temática, principalmente referentes ao recorte do município de Aracaju, o que corroborou para que uma considerável parte das referências fosse composta por estudos feitos há mais de cinco anos.

Acredito que esses contratempos em nada diminuem a importância desta pesquisa, bem como sua relevância para a composição dos poucos aportes teóricos existentes e que, espero, sirva de base na fomentação de mais políticas públicas direcionadas à PSR.

O objetivo geral deste estudo visou compreender como a PSR materializa o seu direito à saúde. Vimos que apesar da implementação da Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua e desta garantir e designar diversos documentos⁴⁰ e serviços responsáveis pelo atendimento especializado em saúde para esse público, essa materialização ainda acontece de maneira pouco efetiva visto que uma relevante parte dos entrevistados que foram diagnosticados com alguma enfermidade não compreende a importância do cuidado na prevenção e do acompanhamento em saúde, assim como não têm suas necessidades de saúde amplamente atendidas.

Mesmo com a existência das portas prioritárias de acesso à Atenção Básica, a exemplo do Consultório na Rua e das UBS/USF, e de a maioria dos entrevistados serem vinculados à “USF Maria do Céu” há uma subutilização da Atenção Primária em Saúde por parte desse público.

Logo, ao constatar que essa população utiliza as Atenções Secundária e Terciária como principais portas de entrada ao SUS, contrariando as orientações da PNAB, e de 40% referir nem procurar atendimento quando acometidos por enfermidades, constatamos que o Estado tem falhado em garantir a plena solução de suas necessidades, além de não estar conseguindo promover a proteção e a prevenção no cuidado em saúde tão preconizados pelo SUS.

O alto índice de transtornos psiquiátricos/mentais e o uso abusivo de álcool e/ou outras drogas também são preocupações que refletem uma realidade degradante e infelizmente ainda pouco priorizada pelo poder público, apesar de sabermos que há grande esforço por parte dos profissionais envolvidos no trabalho especializado realizado pelos Centros POP, Serviços de Abordagem Social, Consultório na Rua, CREAS-POP ou ainda os Centros de Atenção Psicossocial para mudar essa realidade.

Vimos também que além dos problemas com álcool e drogadição, o desemprego, a quebra e a fragilidade dos vínculos familiares e afetivos, e a vontade de ter independência pessoal são os principais motivos que levam essas pessoas à condição de rua.

Pode-se afirmar que a hipótese levantada neste trabalho foi confirmada, visto que está havendo um aumento no número de pessoas que estão buscando a rua como saída devido ao desemprego e às fragilidades das relações de trabalho consequentes do desenvolvimento do modo de produção capitalista.

⁴⁰ A exemplo da Portaria MS/GM nº 3.305/09 (instituiu o Comitê Técnico de Saúde para PSR) e da Resolução nº 2/13 (instituiu o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da PSR).

Considerando o conceito sobre população em situação de rua proposto pela PNISPSR, observamos que no Brasil, por ser um grupo social que se assemelha em muitas questões, a PSR não deixa também de ser um fenômeno multifacetado e heterogêneo.

Essa heterogeneidade pode ser vista, por exemplo, quando os dados nacionais obtidos em 2008 apontam que a maioria dessa população é composta originalmente das localidades em que se encontram, em contradição com a realidade vivenciada em Aracaju, onde foi constatado que a maioria dos sujeitos que estão na condição de rua decorre de migrações e deslocamentos.

Em tempo, verifica-se que a população em situação de rua em Aracaju se assemelha com a dos outros estados brasileiros. São pessoas pobres, que vivem quase que totalmente inseridas na miserabilidade social, com escasso ou nenhum acesso à direitos, que mesmo buscando a todo custo um emprego ainda assim não conseguem serem inseridas no mercado formal de trabalho.

São pessoas jovens, com baixo grau de escolaridade, de cor preta, sem moradia convencional regular, com vínculos sociais rompidos e fragilizados, e que não conseguem ser plenamente atendidas em suas necessidades de saúde. São pessoas que convivem diariamente com o preconceito, com a falta de perspectiva e com a incerteza de um futuro melhor.

Assim sendo, nos moldes impostos pelo modo de produção capitalista apenas a rua se apresenta como único meio de sobrevivência e de resistência para essas pessoas.

Entende-se que é preciso que as ações transformadoras sejam visualizadas pela sociedade e sejam sentidas “na pele” pelos próprios sujeitos que estão em situação de vulnerabilidade social, pois como vimos as necessidades cotidianas deles são imediatas. É o alimento que não se tem, é a falta do local para dormir, é a incerteza de se acordará vivo no outro dia devido a não segurança que a rua proporciona. São fatores que incidem diretamente na vida e sobrevivência desses sujeitos.

Não obstante, outras considerações devem ser feitas neste trabalho.

É importante salientar a receptividade e o acolhimento que tive dos profissionais envolvidos com o funcionamento do Centro POP-Aracaju. Apesar das dificuldades concernentes ao processo de mudança e adaptação à nova sede, tanto pelos funcionários quanto pelos usuários à época da coleta de dados, em nenhum momento foi dificultado meu acesso à Instituição ou aos usuários, muito pelo contrário.

Destaco o atendimento recebido pela coordenadora e por um dos educadores sociais da instituição, que prontamente se dispuseram a dirimir dúvidas sobre a temática como também

espontaneamente fizeram questão de que eu me sentisse confortável, criando um ambiente positivo de aproximação com a equipe e com os usuários.

Outro ponto importante a destacar diz respeito às histórias de vida que tive o privilégio de conhecer. Infelizmente não consegui transcrever e demonstrar aqui a importância e a transformação que essas pessoas fizeram em minha vida desde o momento em que aceitaram parar alguns minutos de suas vidas para conversar comigo.

Mas carrego a certeza que todos e todas que conversei, de alguma forma, plantaram amor em meu coração, deixando marcas que me fizeram compreender a importância do olhar para o outro, a importância do simples ouvir, do olho no olho, do aperto de mão ainda que tímido. Nunca esquecerei as lágrimas nos olhos de alguns entrevistados ao nos despedirmos. Vivi experiências e aprendizados imensuráveis dentro do Centro POP.

Por fim, concluo este trabalho dizendo que a experiência e o aprendizado de estar próximo às pessoas que no momento estão em situação de rua com certeza qualifica ainda mais meu incipiente histórico profissional. Acredito plenamente que a transformação na vida dessas pessoas é possível, começando pela mudança no olhar da própria sociedade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Gilson Holanda. **Acolhimento e tratamento de portadores de esquizofrenia na Atenção Básica**: a visão de gestores, terapeutas, familiares e pacientes. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Público - Universidade de São Paulo. [Tese] Orientador Prof. Dr. Fernando Lefèvre. São Paulo. 2010. Acesso em: 29 de jun. 2018. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-06042011-154156/pt-br.php>>

ALVES-MAZZOTTI, A.J.E.; GEWANDSZNAJDER, F. – **O método nas Ciências Naturais e Sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1998.

AMIRATI, Katia Muniz; SANTOS, Marivaldo da Silva. Como se apresentam os transtornos mentais na população em situação de rua? In: **Anais do 12º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade**. Belém, 2013. Acesso em: 30 de jun. 2018. Disponível em: <<https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/557/555>>

ARAGÃO, Maciela Rocha Souza. Previdência Social no Brasil: trajetória e atualidades. In: **VI Jornada Internacional de Políticas Públicas**. O desenvolvimento da crise capitalista e a atualização das lutas contra a exploração, a dominação e a humilhação. 2013. UFMA-MA.

BEHRING, E. R. **Brasil em contrarreforma**: desestruturação do Estado e perda dos direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti e BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social**: fundamentos e história. – 9. ed. – São Paulo: Cortez, 2011. – (Biblioteca básica do serviço social; v. 2)

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade Social e Trabalho**: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil. Brasília: Letras Livres: Editora UnB, 2006. (Coleção Política Social 1)

_____. Seguridade Social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais** – Brasília: CFESS/ABEPSS. (Publicação: Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. V. 1) Brasília, DF, 2009. Acesso em: 13 de mar. 2018. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/seguridade_social_no_brasil_conquistas_e_limites_a_sua_efetivacao_-_boschetti.pdf>

BOTOSSO, Tatiana Cavalcante de Oliveira. **Racismo no Brasil**. São Paulo. 2012.

BRASIL. **Decreto 7.053 de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília. 2009a. Acesso em: 02 de nov. 2017. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>

_____. **Decreto de 25 de outubro de 2006**. Constitui Grupo de Trabalho Interministerial - GTI, com a finalidade de elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão social da população em situação de rua, conforme disposto na Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências. Brasília-DF. 2006a. Acesso em: 4 de set. 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Dnn/Dnn11024.htm>.

_____. **Lei Nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005**. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua. Brasília-DF. 2005a. Acesso em: 23 de jul. 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11258.htm>.

_____. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF. 1990. Acesso em: 11 de mai. 2018. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**; n. 24. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: 2009b. 96 p. Acesso em: 22 de abril de 2018. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad24.pdf>

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução Nº196/96 versão 2012**. Brasília. 2012a. Acesso em: jun. 2017. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 98 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Acesso em:

19 de ago. 2017. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. Acesso em: 10 de mai. 2018. Disponível em:

<<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p.: il. – (Série I. História da Saúde no Brasil). Acesso em: 16 de maio de 2018.

Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro_15.pdf>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 160 p. Acesso em: 22 de abril de 2018.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua** - Centro POP. 2015a. [online]. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento/centro-pop>>

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **II Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua**. Brasília – DF. 2009c. Disponível em:

<<http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/eventos/assistencia-social/ii-encontro-nacional-sobre-populacao-em-situacao-de-rua>>

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. In: **Relatório do I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua**. Brasília-DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2006b. 96 p. Acesso em: 20 de jun. 2017.

Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/PainelPEI/Publicacoes/S103%20-%20relatorio_pop_rua.pdf>

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. In: **LOAS Anotada**. Lei Orgânica da Assistência Social. Brasília-DF. 2009d. Disponível em:

<http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/LoasAnotada.pdf>.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. In: **Sumário Executivo. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília-DF. 2008a. Disponível em:
<<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/PainelPEI/Publicacoes/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20a%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Rua.pdf>>
>

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda e Cidadania e Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro POP. SUAS e População em Situação de Rua**. Volume 3. Brasília. Editora Brasil LTDA. 2011a. 116p.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Perguntas e Respostas: Serviço Especializado em Abordagem Social. SUAS e População em Situação de Rua**. Volume IV. Brasília-DF. 2013a. Acesso em 4 de jun. 2018. Disponível em:
<http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Perguntas_Servico_AbordagemSocial.pdf>

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **SUAS - Sistema Único de Assistência Social**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília/DF. 2009e. 40p. Acesso em: 01 de abril de 2018. Disponível em:
<http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Consolidacao_Suas.pdf>

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Reimpressão 2014. Brasília-DF. 2014b. 64 p.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. **Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua - Centro POP**. Acesso à informação. [online]. 2015b. Acesso em: 17 de mar. 2018. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento/centro-pop>>

_____. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004**. Norma Operacional Básica – NOB/SUAS. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília. Nov. 2005b. 178 p.

_____. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Governo Federal. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília. Mai. 2008b. 25 p.

_____ **Portaria N° 1.028, de 1° de julho de 2005.** Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília, 2005c. Não paginado. Acesso em: 22 de abril de 2018. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html>

_____ **Portaria N° 122, de 25 de janeiro de 2011.** Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, 2011b. Não paginado. Acesso em: 22 de abril de 2018. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>

_____ **Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011c. Não paginado. Acesso em: 22 de abril de 2018. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>

_____ **Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011d. Não paginado. Acesso em: 22 de abril de 2018. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>

_____ **Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). In: **Diário Oficial da União – Seção 1.** N° 183, sexta-feira, 22 de setembro de 2017. Acesso em: 29 de mai. 2018. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>>

_____ **Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República In: Programa de Aperfeiçoamento para Carreiras.** O Desafio da Implementação das Políticas Transversais. Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos Coordenação-Geral de Direitos da População em Situação de Rua. Carlos Ricardo. 2013b. Disponível em: <<http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/763/1/Programa%20Semin%C3%A1rio%20Pol%C3%ADticas%20Transversais%20reposit%C3%B3rio.pdf>>

BRAVO, Maria Inês Souza. et al. Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: **XIX Seminário Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social.** 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: **Serviço Social e**

saúde: formação e trabalho profissional / Ana Elizabete Mota... [et al.], (orgs). – 4. ed. – São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 197-217

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional** / Ana Elizabete Mota. et al. (orgs). – 4. ed. – São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 88-110

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. In: **Rev. Serviço Social e Sociedade**. Ano XXVII – n. 87 Editora: Cortez. 2006. p. 132-146.

CANÔNICO, Rhavana Pilz. et al. **Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo**. RevEscEnferm USP 2007; 41(Esp):799-803. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea09.pdf>>

CARDOSO, F.H. Capitalismo e Escravidão no Brasil Meridional. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1962. In: MARTINS, Tereza Cristina Santos. **Racismo no mercado de trabalho: limites à participação dos trabalhadores negros na constituição da "questão social" no Brasil** / Tereza Cristina Santos Martins. - Recife: O Autor, 2012. 222 p.

CARNOY, M. **Estado e Teoria Política**. 2ª ed. São Paulo, Papirus, 1988, Cap. 2 e 3.
CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. In: **SciELO** [online]. Estudos Avançados 27 (78), 2013. Acesso em: 07 de abril de 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>>

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. In: **SciELO** [online]. Estudos Avançados 27 (78), 2013. Acesso em: 07 de abril de 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>>

COUTINHO, Carlos Nelson. **Estruturalismo e miséria da razão**. 2ª Ed. São Paulo: Expressão popular, 2010. Cap. 1.

_____. **Marxismo e política: a dualidade de poderes e outros ensaios**. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. O conceito de sociedade civil em Gramsci e a luta ideológica no Brasil de hoje. In: **Intervenções: o marxismo na batalha das ideias**. São Paulo. Cortez, 2006, p. 29 a 55.

CRISTÁLIA. Produtos Químicos Farmacêuticos Ltda. **Amytril**. Cloridrato de amitriptilina. Modelo de Bula Profissional de Saúde. Itapira – SP. 2014. Acesso em: 30 de jun. 2018.

Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=5289362014&pIdAnexo=2107194>

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA - Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. In: **Revista de Saúde Pública**. Vol. 34, N° 3. Junho de 2000. p. 316-19.

Acesso em: 13 de maio de 2018. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n3/2237.pdf>>

ESCOREL, Sarah. GIOVANELLA, Ligia. MENDONÇA, Maria H. M. de. SENNA, Mônica de C. Maia. – O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. In: **Rev. Panam. Salud. Publica/Pan Am J Public Health**, 21 (2), 2007. Acesso em: 15 de maio de 2018. Disponível em:

<<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>>

ESMP. Escola Superior do Ministério Público de Sergipe. **Workshop no MP discute situação da população de rua de Sergipe**. [online]. 2014. Acesso em: 06 de abr. 2017.

Disponível em: <<http://www.esmp.mpse.mp.br/Portal/DetalhesNoticia.aspx?id=379>>

FERREIRA, Clara Fontes et al. Organização Mundial da Saúde. In: **SINUS 2014**. [online] Compartilhando responsabilidades na promoção da justiça. Organização Mundial da Saúde. Guia de Estudos. 2014. Acesso em: 17 de abril de 2018. Disponível em:

<<http://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/OMS-Guia-Online.pdf>>

FERREIRA, Frederico Poley Martins. **População em Situação de Rua, Vidas Privadas em Espaços Públicos: O Caso de Belo Horizonte 1998 – 2005**. Belo Horizonte-MG. 2006.

Acesso em: 6 de fev. 2017. Disponível em:

<http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2006/D06A096.pdf>

FERREIRA, Vinicius Lins; PONTAROLO, Roberto. Contextualização e Avanços no Tratamento da Hepatite C: uma Revisão da Literatura. In: **Visão Acadêmica**, Curitiba, v.18, n.1, Jan. - Mar./2017. Acesso em: 07 de jul. 2018. Disponível em:

<<file:///C:/Users/User/Downloads/51007-205257-1-PB.pdf>>

GIOVANELLA, Ligia. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):783-794, 2009. Acesso em: 15 de jun. 2018. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>>

HADDAD. Ana Estela. et al. Pró-Saúde e PET-Saúde: a Construção da Política Brasileira de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. In: **Revista Brasileira de Educação**

Médica. 36 (1, Supl. 1): 3-4; 2012. Acesso em: 02 de ago. 2016. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a01.pdf>>

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade**; trabalho e formação profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

IANNI, Otávio. A Questão Racial no Brasil. In: LOVELL, Peggy (org.) **Desigualdades Sociais no Brasil contemporâneo**. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 1991.

IBGE. Agência IBGE Notícias. **PNAD Contínua 2016**: 51% da população com 25 anos ou mais do Brasil possuíam apenas o ensino fundamental completo. 2017. [Site da internet]. Acesso em: 29 de jun. 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/18992-pnad-continua-2016-51-da-populacao-com-25-anos-ou-mais-do-brasil-possuiam-apenas-o-ensino-fundamental-completo.html>>

_____. Censo 2010. Notícias. **Indicadores Sociais Municipais 2010**: incidência de pobreza é maior nos municípios de porte médio. 2011. Acesso em 03 de ago. 2016. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?view=noticia&id=3&idnoticia=2019&busca=1&t=indicadores-sociais-municipais-2010-incidencia-pobreza-maior-municipios-porte-medio>>

_____. **Estatísticas do registro Civil 2016**. Periódicos. Informativo. Rio de Janeiro, v. 43, p. 1-8, 2016a. [Site da internet]. Acesso em: 12 de jun. 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/135/rc_2016_v43_informativo.pdf>

_____. **Indicadores Sociais Mínimos**. Conceitos. s.d. [Site da internet]. Acesso em: 03 de mai. 2018. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>>

_____. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2016b. 146 p. Acesso em: 9 de jul. 2018. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>>

JANSSEN. Janssen-Cilag Farmacêutica Ltda. **Haldol**. Haloperidol. Bula aprovada pela Anvisa. São José dos Campos – SP. 2015. Acesso em: 30 de jun. 2018. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=11191292015&pIdAnexo=3018425>

JR., Nivaldo Carneiro. SILVEIRA, Cássio. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(6):1827-1835, nov-dez, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a26v19n6.pdf>

JUNIOR, J. e NOGUEIRA, R. As Condições de Saúde no Brasil. p.117-234. In: FINKELMAN, J., org. **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. Acesso em: 07 de abril de 2018. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo et al. Serviços de Saúde e População de Rua: contribuição para um debate. In: **Saúde e Sociedade**. 7(2): 47-62, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v7n2/05.pdf>

KEMPER, ES. TASCA, R. HARZHEIM, E. et al. Cobertura universal em saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil. In: **Rev Panam Salud Publica**. [online] 2018; 42:e1. Acesso em: 17 de abril de 2018. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34589/v42e12018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

LEITE, Sílvia Silva Cavalcante. Migrações e Vida nas Ruas: A Manifestação da Exclusão Social no Plano Piloto – Brasília. In: **XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP**. Universidade de Brasília – UNB. Caxambú/MG – Brasil. 2006. Acesso em: 01 de jun. 2018. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/viewFile/1654/1615>

LÊNIN, V. I. **Imperialismo, estágio superior do capitalismo**. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

LONDERO, Mário. F. P. CECCIM, Ricardo B. BILIBIO, Luiz F. S. - Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. Centro Universitário UNIVATES, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Lajeado, RS, Brasil. In: **Revista Interface: comunicação, saúde e educação**. Departamento de Saúde Pública. Botucatu - SP. fev. de 2014. Acesso em: 14 de maio de 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130738.pdf>

MACHADO, Renato Luiz Abreu. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Direito Humano à Alimentação Adequada**. 2017. [Site da Internet]. Acesso em 10 de jun. 2018. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/acesso-a-informacao/institucional/conceitos/direito-humano-a-alimentacao-adequada>

MAGALHÃES, Antônio E. Camelo. DINELLY, Caroline M. Nascimento. OLIVEIRA, Maria A. Silva. Psicotrópicos: Perfil de Prescrições de Benzodiazepínicos, Antidepressivos e Anorexígenos a partir de uma Revisão Sistemática. In: **Eletronic Journal of Pharmacy**. vol. XIII, n. 3, p. 111-122, 2016. Acesso em: 30 de jun. 2018. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/REF/article/view/35226/pdf>>

MALTA, Deborah Carvalho et al. – Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. In: **Rev. Saúde Pública**. vol. 51. Supl. 1. São Paulo. 2017. Acesso em: 29 de jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102017000200313&script=sci_arttext&tlng=pt>

MANDEL, E. **O Capitalismo Tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARSHALL, T.H. Cidadania e Classe Social. In: **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio de Janeiro. Zahar Editores, 1967, p. 57 a 114.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. Orientações básicas para a pesquisa. In: Mota, Ana Elizabete [et al]. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007 (p. 383-398). Também disponível em: <<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjajveIjKnRAhVGS5AKHXrVDYIQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fxa.yimg.com%2Fkq%2Fgroups%2F25803251%2F985888689%2Fname%2Ftexto%2Bpesquisa.pdf&usg=AFQjCNHYeklPoma1Bgpj5-cT4RStYqvFmA&sig2=q0JZT-b2icSILtvh-OM85g&bvm=bv.142059868,d.Y2I>>

MARTINS, Tereza Cristina Santos. **Racismo no mercado de trabalho: limites à participação dos trabalhadores negros na constituição da "questão social" no Brasil** / Tereza Cristina Santos Martins. - Recife: O Autor, 2012. 222 p.

MARX, K. **O Capital: Crítica da Economia Política**, 6 volumes. Rio de Janeiro, Editora Civilização Brasileira, 2006.

MEDGRUPO. Sistema Único de Saúde. In: **M.E.D. – 2018**. Módulo de Saúde Preventiva. Volume 1. Editora: MEDERI de Especialidades Médicas. 2018. 80p.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.), **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. (13^aed). Petrópolis: Vozes. 2007.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social**. 3 ed. Cortez. São Paulo, 2011.

MOTA, Ana Elizabete. Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes. In: **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional** / Ana Elizabete Mota... [et al.], (orgs). – 4. ed. – São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 40-48

MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA. In: **Conhecer para Lutar**. Cartilha de Formação Política do Movimento Nacional da População de Rua. Instituto Pólis. 2010. Disponível em: <<http://www.polis.org.br/uploads/887/887.pdf>>

NATALINO, Marco Antonio Carvalho. **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. - Brasília: Rio de Janeiro: Ipea. 2016. 36p. Acesso em: 11 de mai. 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td_2246.pdf>

NEO QUÍMICA. Brainfarma Indústria Química e Farmacêutica S.A. **Diazepam**. Bula aprovada pela Anvisa. Anápolis – GO. 2015. Acesso em: 30 de jun. 2018. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=8824822015&pIdAnexo=2882018>

NETTO, J.P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. **Cinco notas a propósito da “Questão Social”**. Temporalis, Brasília, n. 3, 2001.

_____. Crise do capital e consequências societárias. In: **Revista Serviço Social & Sociedade, nº 111**. São Paulo: Cortez. Ed. Julho a dezembro de 2012. p. 413-419.

_____. Introdução ao método na teoria social. In: **CFESS/ABEPSS (Orgs.) Serviço Social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

NOGUEIRA, Claudia. Mazzei. **A feminização no mundo do trabalho: entre a emancipação e a precarização**. Campinas: [s.n.]. Autores Associados, 2004.

NOTO, Ana Regina et. al. **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras**. 2003 [organização e redação

Ana Regina Noto... [et al.]; fotos Déborah Nappi, Sergio Santana Coimbra]. -- São Paulo: CEBRID -- Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas, 2004. Disponível em:
<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/Sem_logo/329779.pdf>

OLIVEIRA, Juliana de. **Efetividade do direito à saúde**: uma análise sob um contexto de crise financeira e constitucional. [online]. Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC. Dissertação de Mestrado do curso de Pós-Graduação Strictu Sensu em Direito da Universidade do Oeste de Santa Catarina. Chapecó/SC. 2016. 182 p. Acesso em: 17 de abril de 2018. Disponível em:
<http://www.unoesc.edu.br/images/uploads/mestrado/Vers%C3%A3o_Final_Juliana_de_Oliveira.pdf>

OLIVEIRA, Rafaela Sampaio de. **A territorialização da Política de Assistência Social no município de Fortaleza**: os caminhos tecidos pelo CRAS Bom Jardim. Dissertação (mestrado acadêmico) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Mestrado acadêmico em Serviço Social, Trabalho e Questão Social. Fortaleza, 2014. Orientação: Prof^a Dra. Irma Martins Moroni da Silveira. 158p. Acesso em: 12 de maio de 2018. Disponível em:
<http://www.uece.br/mass/dmdocuments/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Rafaela_sampaio.pdf>

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde**: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Acesso em: 08 de abr. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>

PAIVA, Irismar Karla Sarmiento de. et al. - Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016. p. 2595-2606.

PAIXÃO, Marcelo; CARVANO, Luis M (orgs). **Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil**: 2007-2008. Rio de Janeiro: Marca design: 2008.

PEDROSA, Rodrigo Pinto; DRAGER, Luciano Ferreira. **Como Diagnosticar e Tratar Hipertensão arterial sistêmica**. Moreira Jr. Editora. v. 65; N° 12. 2008. Acesso em: 29 de jun. 2018. Disponível em:
<http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3951>

PEREIRA, Camila Potyara. **Rua sem Saída**. Um estudo sobre a relação entre o Estado e a População de Rua de Brasília. Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Política Social. Dissertação de Mestrado. Brasília-DF. 2008.

Disponível em:

<http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/1542/1/Dissertacao_Camila_Potyara_Pereira.pdf>

PETRUCCELLI, José Luis & SABOIA, Ana Lucia (orgs.). **Características étnico-raciais da população**: classificação e identidades. Rio de Janeiro, IBGE (série Estudos e Análises. Informação Demográfica e Socioeconômica, 2). 2013.

PIORINO FILHO, Francisco. **Eloy Chaves e as Origens da Previdência Social**. [online] Migalhas, Pindamonhangaba. 2011. Acesso em: 08 de abril de 2018. Disponível em: <<http://www.jornalonline.com.br/2011/arquivos/focus-eloy-chaves-edicao040.pdf>>

PORTAL VERMELHO. **IBGE**: pesquisa mostra dados da população em situação de rua. (Site) 2014. Disponível em: <<http://www.vermelho.org.br/noticia/246834-1>>

QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. Relatos Oraís: do “indizível” ao “dizível”. In: **Revista Ciência e Cultura**. V 39 nº 3. 1987.

ROSA, Anderson da Silva; CAVICCHIOLI, Maria Gabriela Secco; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. O Processo Saúde-Doença-Cuidado e a População em Situação de Rua. In: **Rev Latino-am Enfermagem**. 2005. julho-agosto; 13(4):576-82. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a17>>

SANOFI. Sanofi-Aventis Farmacêutica Ltda. **Fenergan**. Cloridrato de prometazina. Bula aprovada pela Anvisa. São Paulo - SP. 2015. Acesso em: 30 de jun. 2018. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=7556382015&pIdAnexo=2822070>

SANOFI. Sanofi-Aventis Farmacêutica Ltda. **Gardenal**. Fenobarbital. Bula aprovada pela Anvisa. São Paulo - SP. 2017. Acesso em: 30 de jun. 2018. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=17245762017&pIdAnexo=8886669>

SANTANA, Carmem L. Albuquerque; ROSA, Anderson da Silva. - **Saúde mental das pessoas em situação de rua**: conceitos e práticas para profissionais da assistência social / Carmen Lúcia Albuquerque de Santana, Anderson da Silva Rosa, organizadores. - São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte, 2016. 314p. Acesso em 30 de jun. 2018. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/desenvolvimento_urbano/saude_mental_pop_ua.pdf>

SANTANA, Carmem. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São

Paulo, São Paulo, Brasil. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(8):1798-1800, ago, 2014. Acesso em: 23 de abril de 2018. Disponível: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/v30n8/0102-311X-csp-30-8-1798.pdf>>

SANTANA, Eline Peixoto de; SANTOS da SILVA, Jéssica Aparecida dos; SOUZA da SILVA, Valdianara. Histórico da Política de Assistência Social: uma construção lenta e desafiante, do âmbito das benesses ao campo dos direitos sociais. In: **VI Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís/MA. 2013.

SANTOS, Josiane Soares. **“Questão Social”**: particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012. – (Coleção biblioteca básica de serviço social; v. 6)

_____. **Neoconservadorismo pós-moderno e Serviço Social brasileiro**. São Paulo: Cortez, 2007.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. – **Cidadania e Justiça**: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro. Editora Campus. 1979.

SBACV. Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular. Projeto Diretrizes SBACV. **Trombose Venosa Profunda**. Diagnóstico e Tratamento. SBACV. 2015. 35p. Acesso em: 11 de jul. 2018. Disponível em: <<http://www.sbacv.org.br/lib/media/pdf/diretrizes/trombose-venosa-profunda.pdf>>

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7º Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. In: **Arq. Bras. Cardiol**. 2016; 83p. Acesso em: 29 de jun. 2018. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>

SBMFC. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Releases. **O médico de família e a Atenção Primária à Saúde aos moradores de rua**. [online] 2014. Disponível em <http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_Acao=MostraPagina&PaginaId=68&mNoti_Acao=mostrapublic&publicacaoID=333>

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. In: **SciELO. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. 17(1): 29-41, 2007. Acesso em: 28 de março de 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>

SEGRE, Marco e FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. In: **Rev. de Saúde Pública**. USP, São Paulo. v. 31, n. 5. 1997, p. 538-42. Acesso em: 02 de fevereiro de 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>>

SILVA, E. J. do N. et al. **Questão étnico-racial**: uma problematização sobre a lei 10.639/03 e seus desdobramentos. Londrina/PR. 2010.

SILVA, José Fernando Siqueira da. **Serviço Social**: resistência e emancipação? 2010. 210 p. Tese de Livre-Docência Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2010. Acesso em: 04 de setembro de 2017. Disponível em:
<https://alsafi.ead.unesp.br/bitstream/handle/11449/106702/silva_jfss_ld_franca.pdf?s=0>

SILVA, L. L. COSTA, T. M. T. **A Formação do Sistema Previdenciário Brasileiro**: 90 anos de História. Administração Pública e Gestão Social, v. 1. 2016. p. 159-173.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. – **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005**. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Política Social, 2006. Disponível em:
<http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/1763/1/2006_Maria%20Lucia%20Lopes%20da%20Silva.pdf>

SOUZA, Jessé. **A ralé brasileira**: quem é e como vive. /Jessé Souza; colaboradores André Grillo [et al.]. 2. ed. – Belo Horizonte: Editora UFMG, 2016. 551 p.

SOUZA, Maria de Fátima. O Programa de Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à Atenção Básica. In: **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. 2008 mar-abr: 61(2): 153-8. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a02v61n2>>

SOUZA, Renilson Rehem. **Construindo o SUS**: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo / Orientadora: Célia Regina Pierantoni. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2002. Acesso em: 22 de abril de 2018. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf>

SZYMANSKI, Heloisa (org). **A Entrevista na Pesquisa em Educação**: a prática reflexiva. Brasília: Plano Editora, 2002.

TOLEDO, Edilene. Um ano extraordinário: greves, revoltas e circulação de ideias no Brasil em 1917. In: **Estudos Históricos**. [online] Rio de Janeiro, vol. 30, no 61, p. 497-518, 2017. Acesso em: 07 de abril de 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/eh/v30n61/0103-2186-eh-30-61-0497.pdf>>

VARANDA, Walter. ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. In: **Saúde e Sociedade** v.13, n.1, p.56-69. abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/07.pdf>>

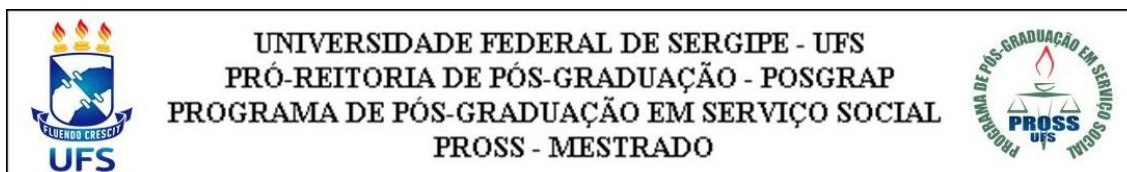
VIEIRA, Evaldo. **Os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2004.

WIJK, Livia Bustamante van. MÂNGIA, Elisabete Ferreira. O cuidado a Pessoas em Situação de Rua pela Rede de Atenção Psicossocial da Sé. In: **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1130-1142. 2017. Acesso em: 30 de jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-1130.pdf>

YASUI, Silvio. LUZIO, Cristina Amélia. AMARANTE, Paulo. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. In: **Rev. Polis e Psique**, 2018; p. 173 – 190. Acesso em 14 de 24 de maio de 2018. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/80426/pdf>>

YAZBEK, Maria Carmelita. O significado sócio-histórico da profissão. In: CFESS/ABESS (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/Abepss, 2009.

APÊNDICES – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre “**OS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA:** um estudo no Centro POP/ARACAJU”. O participante será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade. Com o consentimento da sua participação, será realizada uma entrevista com gravação.

O estudo se propõe a analisar questões acerca do grupo social caracterizado como população em situação de rua e sua relação com o acesso aos serviços de saúde no município de Aracaju/SE.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo (a), sendo os resultados utilizados somente para fins científicos. Importante ressaltar também que você é livre para só responder as questões que não lhes cause desconforto. Diante disso, solicito a sua colaboração nesse estudo, que ocorrerá em local determinado em concordância entre o entrevistado e a pesquisadora.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Toda pesquisa com seres humanos acarreta riscos. O risco desta pesquisa é mínimo e referente à emissão de opinião sobre assunto com repercussão social. O qual será atenuado pela garantia de sigilo, oferta de local e horário reservado e conveniente; como também, pela oferta do benefício. O benefício direto é a oportunidade de reflexão sobre a problemática que interessa a todos os seres humanos, e o indireto uma provável melhoria no trabalho profissional e na operacionalização das políticas públicas.

Sua autorização será confirmada mediante a assinatura do termo abaixo.

Eu, _____ de forma livre e esclarecida, manifesto meu interesse em participar da pesquisa da aluna Inea Rebeca Marques dos Reis, orientada pela Prof.^a Dr.^a. Vânia Carvalho Santos, tendo em vista que estou ciente de todas as informações acima descritas e que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Declaro ainda que o termo foi assinado em duas vias, uma ficando comigo e a outra com a responsável pela pesquisa.

Participante

Pesquisadora

Aracaju/SE, ____ de _____, 2018.

Contato:

Inea Rebeca Marques dos Reis / E- mail: inea_rebeca1@hotmail.com

Telefone: (79) 99115-9145

Orientadora: Prof.^a. Dr^a. Vânia Carvalho Santos

UFS/PROSS: 3194-6357

APÊNDICES – ROTEIRO DE ENTREVISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados de Identificação:

- Identificação

Iniciais: _____

- Gênero:

() Masculino () Feminino () Outro: _____

- Naturalidade

() Aracaju () Interior de Sergipe () Outro Estado
() Outro país

- Idade:

() de 18 a 30 anos () de 31 a 40 anos () acima de 60 anos
() de 41 a 50 anos () de 51 a 60 anos

- Qual é a sua cor ou raça:

() Branca () Negra () Amarela () Outra _____
() Parda () Indígena () Quilombola

- Estado civil:

() Solteiro (a) () Casado (a) () Divorciado (a)
() Viúvo (a) () Tem parceiro (a) () Mora junto (a)

- Quantidade de filhos?

() Nenhum () de 01 a 03 () de 04 a 06 () acima de 06

Dados sociais:

- Escolaridade:

() Não sabe ler nem escrever

() Ensino Fundamental Incompleto (1ª a 8ª série do 1º grau)

() Ensino Fundamental Completo (1ª a 8ª série do 1º grau)

() Ensino Fundamental – Supletivo/ Ensino de Jovens e Adultos (EJA)

() Ensino Médio Incompleto

() Ensino Médio Completo

() Ensino Médio - Supletivo/ Ensino de Jovens e Adultos (EJA)

() Ensino Profissionalizante/ Magistério (Nível Médio)

() Ensino Superior Incompleto

☐ Ensino Superior Completo

() Pós Graduação

() Doutorado

- Renda familiar:

() Abaixo de 1 SM

() De 1 à 2 SM

() 1 SM

() 2 SM

() Acima de 2 SM

() Não quis declarar

- Você possui algum documento de identificação? Se sim, qual?

() Sim

() Não

() RG

() Certidão de nascimento

() CNH

() Título eleitoral

() CPF

() Certidão de casamento

() Carteira de trabalho

- Você exerce alguma atividade econômica remunerada? Se sim, qual? Onde?

- Atualmente, possui vínculo empregatício?

() Sim

() Não

- Anteriormente, já exerceu alguma outra atividade que possuía vínculo empregatício? Se sim, qual?

() Sim

() Não

- Você recebe algum auxílio do governo? Se sim, qual? () Sim () Não

() Bolsa família

() BPC

() **Outro:** _____

Dados relacionados à condição de rua

- Como você classifica sua relação com sua família?

() Péssima () Regular () Ótima
() Ruim () Boa

- Há quanto tempo você está em situação de rua?

() Menos de 01 ano
() 01 a 03 anos
() 03 a 05 anos
() Mais de 05 anos

- Qual o principal motivo que te levou à condição de rua?

() Perda de emprego
() Rompimento/Brigas com a família
() Transtornos Psiquiátricos
() Problemas com álcool e/ou outras drogas
() Pela vontade de ter independência financeira e/ou pessoal
() Porque quis
() Outro – Qual? _____

- Você possui alguma habitação sua ou de familiar que você possa utilizar caso deseje? Se sim, com que frequência você a utiliza?

() Sim, possuo uma casa minha e costumo dormir lá de vez em quando.
() Sim, possuo uma casa minha, mas não costumo dormir lá.
() Sim, tenho acesso a uma casa de familiar e costumo dormir lá de vez em quando.
() Sim, tenho acesso a uma casa de familiar, mas não costumo dormir lá.
() Sim, tenho acesso à casa de um amigo/conhecido
() Não

- Em qual destes lugares você costuma dormir com mais frequência?

() Abrigo () Rua
() Albergue () Pousadas
() Casa de acolhimento () Outro: _____

- Na rua, você costuma dormir com mais frequência em qual destes lugares?

() Praças () Lugares abandonados
() Embaixo de pontes/viadutos () Matas
() Calçadas () Outros: _____

Dados sobre Saúde:

- Você possui algum lugar no qual você tem acesso à higiene pessoal no seu dia a dia? Se sim, qual?

() Sim

() Não

- Quantas vezes ao dia você se alimenta?

() Não se alimenta

() 2 vezes ao dia

() mais de 3 vezes ao dia

() 1 vez ao dia

() 3 vezes ao dia

- Onde você consegue seus alimentos?

- Você é vinculado a alguma Unidade de Saúde da Família? Se sim, qual?

() Sim

() Não

Qual: _____

- Se for vinculado, já foi abordado por algum Agente Comunitário de Saúde?

() Sim

() Não

- Quando você adoece qual o primeiro serviço de saúde que você procura?

() Posto de Saúde (UBS/USF)

() UPA (Urgência)

() Hospital (Urgência e Emergência)

() CAPS

() Centro POP

() Consultório na Rua (CnaR)

() Não procura atendimento

- Você consegue ser atendido nesse serviço?

() Sim

() Não

() Não se aplica

- Como você avalia esse atendimento?

() Péssimo

() Ruim

() Regular

() Bom

() Ótimo

() Não se

aplica

- Você consegue obter acesso ao cuidado continuado nesse serviço?

() Sim

() Não

() Não se aplica

- Você já se sentiu discriminado ao utilizar algum serviço de saúde devido sua condição de rua?

Se sim, explique como.

() Sim

() Não

- Você já foi diagnosticado com alguma dessas doenças?

() Hipertensão () Hanseníase () DST
() Diabetes () Câncer () Outra: _____
() Tuberculose () HIV
() Transtornos psiquiátricos: _____
() Não quis ou não soube responder

- Acha que recebeu/recebe tratamento adequado para a patologia citada acima?

() Sim () Não () Não se aplica

- Utiliza/utilizou algum medicamento?

() Sim () Não () Não se aplica

- Esse medicamento foi fornecido pelo SUS?

() Sim () Não () Não se aplica

- Você conhece ou já ouviu falar do Consultório na Rua (CnaR)?

() Sim () Não


- Se conhece o CnaR, já foi atendido por ele?

() Sim () Não

- Para você o que é necessário para ter Saúde?

- Você tem saúde?

ANEXO – PARECER FINAL DO COMITÊ DE ÉTICA

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> <p>UFS - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE ARACAJÚ DA UNIVERSIDADE FEDERAL</p> </div> <div style="text-align: right;">  </div> </div>		
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
<p>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</p> <p>Título da Pesquisa: O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA INSTITUCIONALIZADA DE ARACAJU.</p> <p>Pesquisador: INEA REBECA MARQUES DOS REIS</p> <p>Área Temática:</p> <p>Versão: 2</p> <p>CAAE: 68380417.8.0000.5548</p> <p>Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Serviço Social</p> <p>Patrocinador Principal: Financiamento Próprio</p> <p>DADOS DO PARECER</p> <p>Número do Parecer: 2.258.554</p> <p>Apresentação do Projeto:</p> <p>O Projeto pertence ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFS e pretende abordar questões acerca do grupo social caracterizado como população em situação de rua institucionalizada e sua relação com o acesso aos serviços de saúde no município de Aracaju/SE.</p> <p>Objetivo da Pesquisa:</p> <p>Evidenciar e analisar a forma como a população em situação de rua aracajuana acessa os serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde, sob a ótica destes usuários, destacando as possibilidades de ampliação dos direitos e da cidadania.</p> <p>Objetivo Secundário:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar se ocorre a subutilização na acessibilidade à Atenção Primária de Saúde pela população de rua; - Caracterizar o perfil da população institucionalizada que vive em situação de rua no município de Aracaju;- - Tipificar o conjunto de ações que abrangem a promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da população em situação de rua; - Conhecer as características, positivities e fragilidades desse acesso para subsidiar a 		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;"> Endereço: Rua Cláudio Baitada s/n° Cidade: São João UF: SE Município: ARACAJU Telefone: (79)2105-1800 </td> <td style="padding: 5px; text-align: right;"> CEP: 49.060-110 E-mail: cep@ufs.br </td> </tr> </table>	Endereço: Rua Cláudio Baitada s/n° Cidade: São João UF: SE Município: ARACAJU Telefone: (79)2105-1800	CEP: 49.060-110 E-mail: cep@ufs.br
Endereço: Rua Cláudio Baitada s/n° Cidade: São João UF: SE Município: ARACAJU Telefone: (79)2105-1800	CEP: 49.060-110 E-mail: cep@ufs.br	

UFS - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE ARACAJÚ
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.258.554

implementação de novas ações e políticas na área.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

de acordo com a RES.466-2012 da CONEP-MS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será exploratória/qualitativa com análise dos dados obtidos por história oral e das fichas médicas nas 04 instituições de atendimento à população em situação de rua em Aracaju: Centro POP, Unidade de Saúde da Família "Maria do Céu", Consultório na Rua e o Projeto "Acolhe Aracaju". A amostra não probabilística intencional será constituída por adultos de ambos os gêneros que frequentem as instituições citadas; aos quais será aplicada entrevista semiestruturada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplicam.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_872740.pdf	07/08/2017 01:25:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	07/08/2017 01:24:37	INEA REBECA MARQUES DOS REIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo.docx	07/08/2017 01:22:49	INEA REBECA MARQUES DOS REIS	Aceito
Outros	Ofício.pdf	09/05/2017 08:52:40	INEA REBECA MARQUES DOS REIS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declara.pdf	09/05/2017 08:35:21	INEA REBECA MARQUES DOS REIS	Aceito
Declaração de	Declar.pdf	09/05/2017	INEA REBECA	Aceito

Endereço: Rua Cláudio Balcão s/nº

Cidade: São Paulo

UF: SP

Município: ARACAJU

Telefone: (79)2105-1809

CEP: 49.060-110

E-mail: cep@ufu.br

UFS - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE ARACAJÚ
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.258.554

Pesquisadores	Declar.pdf	08:34:13	MARQUES DOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao.pdf	06/05/2017 11:27:40	INEA REBECA MARQUES DOS REIS	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	06/05/2017 11:25:29	INEA REBECA MARQUES DOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 04 de Setembro de 2017

Assinado por:
Anita Herminia Oliveira Souza
(Coordenador)

Endereço: Rua Cláudio Balcão s/nº

Bairro: São João

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)2105-1805

CCP: 49.DED-110

E-mail: ceph@ufu.br